

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 163

Psychasthénie et Démence précoce

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Juin 1933

PAR

Maurice-Louis-Antoine-Marie FOURNIER

INTERNE A L'ASILE DE CHATEAU-PICON

Né à SAINT-VIVIEN-DE-MÉDOC (Gironde), le 17 juin 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		PERRENS, professeur.....	Juges.
		DAMADE, agrégé.....	
		DELMAS-MARSALET, agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 163

Psychasthénie et Démence précoce

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Juin 1933

PAR

Maurice-Louis-Antoine-Marie FOURNIER

INTERNE A L'ASILE DE CHATEAU-PICON

Né à SAINT-VIVIEN-DE-MÉDOC (Gironde), le 17 juin 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		PERRENS, professeur.....	
		DAMADE, agrégé ..	Juges.
		DELMAS-MARSALET, agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.....	DELMAS-MARSALET.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....			DELGUEL.
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA FEMME

A MON PERE — A MA MERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEDIEU-ANGLADE

*Médecin-Chef de l'Asile d'aliénées de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUCOS

Médecin-Chef de l'Asile d'aliénées de Château-Picon.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. PERRENS

*Médecin-Chef de l'Asile d'aliénés de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A qui je dois l'idée de ce travail et
qui m'a toujours guidé de ses conseils
et de sa science.

Pour tout cela, et pour la bienveil-
lante sympathie qu'il m'a toujours té-
moignée, qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de ma respectueuse et pro-
fonde gratitude.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE

*Professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En témoignage de notre gratitude pour
l'honneur qu'il nous fait en voulant bien
accepter la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

En franchissant pour la première fois le portail de l'asile Château-Picon, nous pensions rencontrer fréquemment chez les malades de cet asile de la souffrance, de l'affliction, de la douleur morale.

L'aliéné douloureux et conscient de sa douleur apparaissait à nos yeux plus digne d'intérêt, non seulement du point de vue purement humain, mais encore du point de vue médical.

Nous avons donc pris pour fil directeur dans la diversité des psychoses cet « appoint douleur morale » que nos yeux inhabitués distinguaient mal tout d'abord.

Les « chroniques » aux discours plus ou moins cohérents, travaillant dans les cours de l'asile, ne pouvaient à cet égard retenir bien longtemps notre attention, non plus que les pleurnichements de cette paralytique générale, ni les spasmes larmoyants de cette pseudo-bulbaire.

Cette maniaque rappelait la folie allégorique du Moyen Age; ses jeux de mots et ses bavardages grossiers faisaient un bruit de grelots et de crécelle.

Cette mélancolique figée dans son affliction semblait ne plus la ressentir.

En un mot, notre fil d'Ariane « douleur » nous conduisit tout droit vers les grands psychasthéniques.

Voici des êtres jeunes, nés pour sentir, c'est-à-dire portant en eux-mêmes d'immenses possibilités affectives et morales; cloués sur un lit d'asile, le masque torturé par l'angoisse, le corps harcelé par les assauts répétés de l'émotion et incapables d'aucune activité.

Lorsque leur rêve éveillé leur laisse pour un instant leur auto-critique, ils s'effrayent de distinguer en eux-mêmes des réactions de déments.

En effet, ils sont au seuil d'une grande démence, la plus terrible peut-être, nous voulons parler de la démence précoce.

Franchissent-ils ce seuil et pénètrent-ils un jour dans l'irréel?

Beaucoup d'entre eux, tout en conservant une émotivité excessive, guérissent leur psychasthénie, soit par l'aide du médecin, soit par un concours de circonstances favorables à leur guérison.

D'autres, au contraire, qui possédaient cette même excessive émotivité, sombrent dans la démence précoce.

Nous voyons alors nos malades perdre progressivement cet « appoint douleur morale » qui auparavant donnait une couleur à leurs émotions et ainsi semblait présider aux fonctions du réel.

Nous avons essayé dans ce bref travail de fin d'études, de donner quelques exemples de ces formes de passage à la démence et de les analyser.

Certes, nous n'aurions pas eu l'occasion d'approcher et de comprendre de tels malades, si nous n'avions eu l'immense avantage d'être attaché au Service de M. le Professeur Perrens.

Pendant deux ans, nous avons pu profiter de sa grande érudition et de la subtilité de son enseignement.

Dans ses longues conversations, dans ses interrogatoires patients, les ressources de sa sensibilité et de sa science jointes au charme de sa parole obtiennent aisément des malades les confidences les plus délicates et mettent ainsi en évidence les symptômes pathologiques les plus ténus. A ses côtés, nous avons pu prendre conscience de l'infinie variété des nuances rencontrées chez les divers malades, et qui donnent un si grand intérêt à la médecine mentale.

Peut-être nous serions-nous souvent découragé si nous n'avions trouvé à tout moment le secours de son enseignement et le réconfort de sa bienveillante indulgence.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse admiration et de notre profonde reconnaissance, et qu'il soit assuré que, durant toute notre carrière médicale, nous considérerons comme très précieuses les années de travail passées auprès de lui.

Qu'il nous soit permis de remercier aussi M. le Docteur Anglade, qui nous a toujours si aimablement accueilli dans son Service, et dont nous regrettons de n'avoir pu suivre plus souvent les leçons magistrales.

Nous remercions également bien vivement son fils, M. le Docteur Roger Anglade, à l'amabilité duquel nous devons une des observations que nous présentons.

M. le Docteur Ducos voudra bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour son enseignement et pour la bienveillante cordialité dont il a toujours fait preuve à notre égard.

PSYCHASTHÉNIE

ET

DÉMENCE PRÉCOCE

INTRODUCTION

Avant de commencer l'exposé de notre étude des psychasthénies aboutissant à la démence précoce, nous pensons qu'il est nécessaire d'exprimer ici brièvement les grandes lignes de notre travail et de montrer les diverses étapes parcourues.

Dans un premier chapitre, nous essayons, à l'aide d'observations cliniques, de rappeler que le terrain psychasthénique est toujours constitué :

- d'une part, par des maladies infectieuses diverses dont la plus fréquente est la tuberculose;
- d'autre part, par une hyperémotivité liée elle-même à l'infection.

Dans l'observation de H..., qui constitue la majeure partie de ce chapitre, nous nous appliquons à suivre minutieusement la progression d'une psychasthénie grave aboutissant à des troubles profonds de la personnalité et plus particulièrement de la personnalité affective.

Dans un deuxième chapitre, en insistant toujours sur l'étiologie infectieuse de la psychasthénie, nous faisons remarquer que, depuis longtemps, les auteurs considèrent cette mala-

die, non comme une maladie, *sine materia*, mais comme une affection à base organique, à l'occasion susceptible de faire songer à la démence précoce, tant à cause de son étiologie que de l'évolution de ses signes cliniques. Dans quelques observations détaillées, nous voulons démontrer que les réactions d'obsession et d'angoisse sont les signes psychiatriques témoignant d'une résistance de l'organisme, affectif et pensant, à l'infection étiologique. Cette résistance s'épuisant, le malade demeure un dément précoce.

Parfois, certains psychasthéniques présentent un arrêt de la vie affective et de la vie intellectuelle si profond que le terme « psychasthénie » ne convient déjà plus alors que le psychiatre n'a pas encore les éléments suffisants pour porter un diagnostic de démence précoce auquel il pense.

L'observation de E... représente un de ces cas.

D'autres fois (et un exemple de ce genre est représenté par l'observation de M...), tout un passé d'obsession et d'angoisse disparaît progressivement, pour faire place aux signes démentiels les plus nets.

Enfin il arrive, comme les observations de G... et de L... le démontrent, que des symptômes de psychasthénie persistent au travers d'une démence précoce s'avérant chez un malade chaque jour plus nettement.

Dans l'étude de ces quelques malades, nous avons essayé de ne jamais perdre de vue l'intérêt que présentent les circonstances sociales et familiales entourant parfois la maladie. Nous ne voulons aucunement voir dans ces événements familiaux et sociaux des causes déterminantes, mais il nous paraît qu'ils ne peuvent être laissés dans l'ombre, car ils donnent à la maladie une physionomie, une couleur, une orientation.

Nous nous sommes, en outre, efforcé de suivre dans notre étude le syndrome « douleur morale », dont nous avons parlé dans notre avant-propos, persuadé que nous sommes de l'importance du trouble affectif et fidèle à cette vérité que le Docteur C. Pascal a résumée dans cette formule : « L'être sentant disparaît avant l'être pensant. »

CHAPITRE PREMIER

LE TERRAIN PSYCHASTHENIQUE

La vie sociale exige de ses multiples rôles, représentés par chacun de nous, une perfection telle que le moindre déséquilibre de notre activité est aussitôt mis en relief.

Tel homme recommence plusieurs fois une lettre d'affaires qu'en d'autres temps il eût écrite d'un trait de plume.

Celui-ci ne peut affronter le moindre public sans tomber dans une grande confusion.

Celui-là ne peut se résoudre à abandonner le confessionnal et interroge encore sa conscience avec plus d'angoisse que de pitié.

Ces êtres hésitants, dont la personnalité souvent très belle est toujours très fragile, portent dans la vie courante les noms de scrupuleux, timides, inquiets, abouliques, etc.

Il leur arrive fréquemment d'appartenir pour un temps, quelquefois pour toute la vie, à la pathologie mentale.

Ils sont doués d'une hyperémotivité très particulière, à laquelle le Professeur Janet a donné autrefois le nom de « tempérament psychasthénique » et qui nous semble devoir être différenciée des « constitutions émotives » décrites par le Professeur Dupré et le Docteur Delmas.

Si nous considérons ces hyperémotifs dans leur activité familiale et sociale, nous voyons que, bien avant le psychiatre, le médecin de famille a été appelé à soigner chez eux une santé presque toujours précaire.

Nous voulons en résumer ici quelques exemples.

Les quatre observations suivantes sont dues à l'obligeance de M. le Professeur Perrens.

OBSERVATION I (Résumée).

M. G..., 28 ans, est un jeune homme dont la sensibilité a toujours été très vive et la santé physique précaire.

Il affirme que son père et sa mère sont particulièrement nerveux, tandis que sa sœur est d'humeur stable et pondérée.

Si loin que remontent ses souvenirs, il voit sa famille occupée à le soigner pour des troubles digestifs, de l'entérite, de l'anémie générale, mais non point pour des troubles pulmonaires. Au lycée, il fait des études incomplètes et, si l'on peut dire, fragmentaires, à cause de ses absences trop nombreuses, bien que de temps en temps, pris d'enthousiasme entre deux périodes d'asthénie, il se soit acharné au travail.

Il n'a pas de profession, se livre chez lui à des études scientifiques, qu'il délaisse parfois pendant de longues semaines pour voyager, entrer dans des maisons de santé où il n'a pas la patience de rester, consulter des médecins, essayer de fuir par tous les moyens l'angoisse que depuis sa première enfance, il porte en lui.

M. G... était venu nous consulter il y a deux ans pour un état de frigidity qui l'avait empêché jusque-là d'avoir le moindre rapport sexuel. Il fut d'emblée évident que le trouble dont il se plaignait faisait partie d'un ensemble où dominaient l'anxiété, la crainte et, parfois, la certitude de ne jamais pouvoir rien faire de bon, d'être un « inférieur » tant au point de vue intellectuel que physique, de n'intéresser personne et de ne pouvoir être aimé.

Son malaise moral constant, souvent très supportable, se transformait parfois en de violentes crises anxieuses, particulièrement douloureuses, au cours desquelles obnubilé, incapable du moindre effort, pessimiste et découragé, M. G... pensait au suicide comme au seul moyen de faire cesser ses souffrances.

De petite taille, grêle, mal développé, ce qui frappait surtout dès le premier examen c'était sa pâleur et la décoloration de ses cheveux aux reflets roux. Il était hypotendu, fatigué d'une manière à peu près continue, expliquant son asthénie par des troubles

digestifs d'ailleurs très réels : alternatives de diarrhée et de constipation; douleurs plus ou moins vives le long du gros intestin; appétit capricieux, le plus souvent nul; lenteur de la digestion et somnolence après le repas de midi; impossibilité de digérer une sauce quelconque, les corps gras cuits.

L'auscultation ne révélait rien d'anormal.

L'état de M. G., s'améliora sous l'influence d'un traitement tonique et d'une cautérisation du veru montanum, la frigidité disparut et le malade put avoir des relations sexuelles normales. Il n'est pas guéri pour cela et continue à être asthénique, irrégulier dans son travail.

Son intelligence est vive, sa facilité de parole si étonnante que l'on se demande comment il ne peut reconnaître lui-même de pareils dons et pourquoi il fuit des réunions amicales où on l'écouterait pourtant sans déplaisir.

Il demeure inquiet et asthénique.

Revenant récemment d'un voyage à Paris, qui lui avait permis d'aller consulter des spécialistes des voies digestives, il rapporte de nombreuses radiographies et l'interprétation de ces radiographies. Ce qui apparaît le plus nettement, c'est une sclérose pulmonaire ancienne de la base droite, que nul signe clinique ne pouvait révéler.

OBSERVATION II (Résumée).

M. R..., 29 ans, propriétaire dans la Vendée.

Ce malade a toujours été d'une extrême sensibilité. Il rapporte des exemples de sa timidité pathologique remontant à sa première enfance, en tout cas à une époque antérieure à celle où va se produire la première grosse émotion de sa vie.

Il avait alors 6 ans. Etant chez des amis de ses parents qui lui avaient offert l'hospitalité dans leur chambre, ceux-ci, le croyant endormi, se livrèrent à l'acte conjugal. L'enfant en surprit toutes les péripéties. Il fut alors saisi d'une émotion violente qu'il n'avait jamais ressentie, accompagnée de la conviction que, assistant à un acte inouï, anormal, incompréhensible, il commettait lui-même une grave faute.

« Je me suis senti rougir, dit-il, intensément, et depuis cet événement ma timidité naturelle se complique toutes les fois que je dois aborder mes semblables, quels qu'ils soient, d'abord de crainte de rougir, cette crainte allant jusqu'à l'angoisse, ensuite de rougeur très véritable, dont beaucoup ont le tort de me faire la remarque, enfin d'un sentiment de honte qui me rappelle celui que, pour la première fois, j'éprouvai dans la chambre de ces jeunes mariés dont je vous ai parlé. »

M. R... n'est pas à proprement parler hypocondriaque. Il ne s'intéresse plus qu'à sa rougeur, y pense tellement qu'il en arrive à négliger ses propres affaires et que, d'intelligence alerte et assez travailleur, il ne put dans le passé affronter aucun examen.

Il a des crises de longue dépression, de détresse morale, au cours desquelles il se déprécie, tandis que, par opposition, il trace pour son usage le tableau de ce qu'il aurait pu être sans ce qu'il appelle « son infirmité ».

C'est un garçon qui est grand, vigoureux maintenant, qui ne présente que quelques troubles digestifs légers. Il n'en est pas moins vrai que de 15 à 16 ans il fut immobilisé par une tuberculose pulmonaire, au début compliquée de pleurite, et que, pendant deux ou trois ans, dans la suite, il fut tenu aux plus grands ménagements.

OBSERVATION III (Résumée).

Mme D..., âgée de 30 ans, est une jeune femme extrêmement maigre, qui a toujours été débile physiquement, mais fort intelligente, comme en témoignent d'ailleurs ses succès scolaires très faciles.

Nous ne sommes pas fixé sur les conditions qui entraînèrent la mort de son père et de sa mère encore jeunes. Nous savons seulement qu'elle perdit une sœur de tuberculose pulmonaire.

Mlle D..., elle-même, a été soignée dans les Charentes et à Bordeaux pour tuberculose pulmonaire.

Son sommet droit est manifestement sclérosé et elle présente des ganglions cervicaux volumineux. Elle est maigre, sans force, elle sue la nuit et maintenant encore, alors que sa tuberculose pulmo-

naire est considérablement améliorée, qu'elle n'a plus de bacille dans ses crachats, elle présente de petites poussées fébriles chaque soir, du moins si elle s'est livrée dans la journée à un travail un peu pénible.

Elle a toujours vécu dans l'inquiétude, ne peut arriver à se rappeler un moment de bonheur complet.

Au point de vue sexuel, elle est entièrement frigide, ce qui ne l'a pas empêchée d'avoir deux enfants, d'ailleurs parfaitement normaux, âgés de 4 et 2 ans.

Son inquiétude ordinaire, qu'accompagne une asthénie profonde, va de temps à autre jusqu'à la grande angoisse.

Elle est alors absolument accablée et donne tous les signes de la plus grande détresse. Tantôt ses craintes se fixent sur l'état de sa santé, sur sa tuberculose pulmonaire, tantôt, dès qu'elle est rassurée là-dessus, sur le conflit sentimental qui existe entre elle et son mari, lequel, de condition modeste, n'arrive pas à la comprendre.

La seule pensée de cette incompréhension l'affole au point qu'elle ne voit pas de solution possible et que, souvent, elle songe à la mort.

OBSERVATION IV (Résumée).

Mme C..., âgée de 29 ans, mariée et mère de deux enfants, a toujours été hyperémotive et en même temps d'une grande débilité physique.

Quand elle vint nous voir, il y a deux ans, c'était pour nous demander de l'aider à faire disparaître une angoisse extrêmement violente qui ne l'abandonnait pour ainsi dire pas depuis la naissance de son premier enfant et qui s'accompagnait d'une phobie particulièrement douloureuse de tous les objets pointus et surtout des couteaux, dont elle craignait de se servir pour tuer son mari ou son enfant.

Elle présentait des signes nombreux de dépression physique : maigreur, diminution des forces, immense fatigue le matin, poussées fébriles au moindre effort, sueurs nocturnes.

Objectivement, on constatait :

1° Une pleurite droite, large, formant une sorte de cercle qui s'étendait sur toute la partie moyenne et postérieure du poumon droit;

2° Une maladie de Basedow dont les symptômes s'étaient précisés progressivement depuis quelques mois : exophtalmie manifeste, goitre, tachycardie (pouls à 120), tremblement intermittent.

Sous l'influence du repos, d'un traitement tonique et calmant, de l'hémato-éthyroïdine, de radiothérapie sur son corps thyroïde, les signes de la maladie de Basedow s'améliorèrent rapidement, à l'exception de la tachycardie, qui demeura longtemps sans changement; l'état général devint bien meilleur et la malade prit de l'embonpoint, pendant qu'au point de vue affectif il se produisait une détente telle qu'on put la croire guérie.

Mme C... eut un deuxième enfant. Les phénomènes d'asthénie reparurent plus graves encore qu'auparavant, accompagnés d'amaigrissement et de sueurs de plus en plus abondantes; l'état moral devint plus alarmant; l'angoisse, la phobie des objets pointus et du meurtre possible, plus pénibles.

Actuellement, les signes de la maladie de Basedow ont à peu près disparu ainsi que la pleurite, mais l'auscultation de la base droite révèle une respiration beaucoup moins nette que celle de la base gauche; une radiographie pratiquée par M. le Professeur Réchou indique, d'autre part, la présence de grosses masses ganglionnaires autour du hile.

Il est bien certain que l'on pourrait rapporter un nombre indéfini d'observations de cette nature, mais nous devons nous borner.

Ces quelques exemples suffisent à montrer dans quelles conditions peut évoluer la psychasthénie.

Les deux facteurs hypersensibilité et asthénie doivent avoir une cause.

Dans les exemples que nous avons choisis, c'est la tuberculose qui doit être principalement incriminée, mais ce problème étiologique a suscité, on s'en doute, de nombreuses recherches.

M. le Professeur Perrens a souvent insisté dans son cours sur les formes de la tuberculose chez les psychasthéniques.

C'est, en général, une tuberculose familiale, larvée ou floride. Une tuberculose latente ou à évolution ralentie, se traduisant par des signes tels que : des poussées ganglionnaires multiples dans l'enfance et dans l'adolescence; de petites suppurations laissant des cicatrices, des écrouelles, des scléroses pulmonaires plus ou moins étendues ayant évolué sans grands signes cliniques; des poussées d'hydarthrose; de petits rhumatismes monoarticulaires très douloureux, laissant après leur guérison une légère ankylose; des zones de cortico-pleurite plus ou moins importantes. Encore pourrions-nous peut-être y adjoindre ce que certains médecins désignent par les termes d'emphysème pulmonaire et de bronchite capillaire.

Mais s'il est très vrai que l'immense majorité de ces psychasthéniques pâles sont des tuberculeux qui résistent à leur tuberculose, il ne faut pas que cette notion nous fasse perdre de vue d'autres origines possibles de la psychasthénie.

« Recherchez systématiquement la fièvre typhoïde dans les antécédents des psychasthéniques », disait dès 1890 le Professeur P. Janet.

D'autres après lui ont souligné l'importance de troubles digestifs variés, et particulièrement des entérites de l'enfance.

Certains ont systématiquement mis en relief dans les antécédents psychasthéniques l'hérédité syphilitique.

Mais chez les adultes sans tuberculose, sans syphilis, on rencontre fréquemment des infections chroniques, surtout d'origine intestinale..., comme nous en avons vu récemment un exemple avec le Docteur Dubourg, chez une jeune femme psychasthénique âgée de 28 ans, atteinte d'un dolichocôlon.

Ces faits sont indéniables; mais comme, dans la pratique, ce sont surtout des malades de la première catégorie que nous avons l'occasion d'examiner, comme, d'autre part, si l'on poursuit ces investigations en profondeur, on s'aperçoit qu'il existe dans la qualité de l'émotivité, dans sa « subtilité », des différences sensibles entre les psychasthéniques tuberculisés

et les autres, on ne sera pas étonné de nous voir revenir plus facilement aux premiers qu'aux seconds.

L'hyperémotivité est-elle étroitement liée à ces tuberculoses larvées ou florides ?

D'aucuns nous disent : « Il existe une constitution hyperémotive acquise, innée ou héréditaire; la psychasthénie n'est qu'une exagération de cette constitution. Les hyperémotifs respirent mal, car ils portent en eux une angoisse, légère peut-être, mais latente.

» Leur ventilation pulmonaire défectueuse constitue un terrain facile pour l'infection tuberculeuse. »

D'autres nous disent : « L'hyperémotivité est toujours liée à un état infectieux, souvent au bacille de Koch. Nous voyons chaque jour dans la médecine courante un malade infecté, quelle que soit sa constitution, devenir un hyperémotif pendant la durée de sa maladie et de sa convalescence.

» L'infection persiste-t-elle sous une forme atténuée, l'hyperémotivité persiste aussi, et c'est alors le moment le plus favorable à l'apparition de la psychasthénie. »

Le Docteur Courbon disait, au dernier Congrès des médecins d'asile : « Chacun de nous peut devenir fou, nul ne peut savoir sa forme de folie, mais tout le monde peut devenir hyperémotif. »

Une constitution émotive héréditaire ? Pourquoi pas ? si nous avons le droit de penser que les parents peuvent transmettre à leurs enfants une maladie infectieuse, et particulièrement la tuberculose.

Mais le but de notre travail n'est pas de résumer ces discussions. Nous tenons seulement à rappeler que, sur ce terrain d'infection tuberculeuse et d'hyperémotivité, la psychasthénie n'est pas seule à affirmer ses droits; une autre psychose, la démence précoce, y prélève une large part, et à l'heure où le Professeur d'Hollander proclame : « toute démence précoce est une encéphalopathie fruste tuberculeuse », où le Professeur Donagio, prélevant du liquide céphalo-rachidien de dément précoce au début de sa maladie, provoque par inoculation au

cobaye des lésions tuberculeuses, nous pensons qu'il est permis de faire un rapprochement psychasthénie-démence précoce et de rechercher si les symptômes psychiatriques de ces deux affections peuvent représenter les degrés d'une échelle commune, allant de la psychasthénie à la démence précoce, comme la clinique semble parfois nous le laisser voir.

Ce faisant, nous ne cherchons pas à suivre l'évolution d'une infection le plus souvent tuberculeuse, à laquelle nous sommes enclins cependant à prêter une grande importance étiologique. Mais nous voulons savoir ce que devient dans le passage à la démence l'hyperémotivité du psychasthénique.

Dans l'observation suivante, celle d'une psychasthénie grave, nous verrons le degré extrême atteint par l'hyperémotivité et l'importance du symptôme « douleur morale » dont nous avons parlé dans notre avant-propos et qui guide notre analyse.

OBSERVATION V.

A notre entrée dans sa chambre, H..., une jeune fille de 22 ans, n'a pas jeté un regard vers nous. A peine répond-elle d'une voix faible à notre salut. Elle demeure immobile dans son lit, le regard obstinément tourné vers le mur. Nous l'observons en silence quelques instants.

Son visage a la pâleur qui suit, précède ou accompagne les infections de longue durée. Ses sourcils, peu épais, pas assez nettement dessinés, ses yeux agrandis par la crainte et le rêve sont d'un bleu trop clair, comme décolorés. Le front trop bombé et trop étroit, les cheveux d'un blond indécis, le visage un peu enfantin, les traits peu accusés, mais qui ne manquent pas de finesse, composent un ensemble de mauvais pastel. Nous aimerions voir un faciès aux contrastes plus accentués, indice d'une meilleure santé et d'une ascendance plus rassurante.

H... n'est pas indifférente à notre approche. Si elle conserve une absolue immobilité, c'est parce qu'elle a peur, en faisant un geste, si menu soit-il, de faire renaître son angoisse.

Si nous interrogeons H..., elle ne nous répond pas, ou mal. Ce n'est pas par mauvais vouloir, au contraire; mais l'effort qu'elle fait pour répondre n'aboutit pas. Le seul fait de vouloir fixer son attention déclenche chez elle des « angoisses » (c'est le terme qu'elle emploie d'elle-même).

Notre malade semble alors en proie à une violente émotion. Une ondée sanguine parcourt tout son être, ses joues se colorent, le bistre de ses yeux prend une teinte rosée, son cœur bat précipitamment, sa respiration devient plus fréquente, superficielle et saccadée; de plus, elle éprouve des contractions douloureuses de l'estomac.

Rien n'arrête cette vague émotionnelle qui naît, croît et se propage comme une force naturelle; aucune digue, aucun contrôle, aucun phénomène psychique ne contrebalance, n'équilibre, n'harmonise cette poussée de vie instinctive. Si à ce moment nous insistons pour obtenir une réponse, H... s'agite, se révolte ou supplie; elle tend vers nous les paumes de ses mains qui viennent de se couvrir de sueurs et nous dit d'une voix douloureuse : « Je vous en prie, laissez-moi ! c'est atroce ! »

Quelques jours plus tard, H... est assise sur son lit; elle tricote des laines choisies par elle avec goût; elle nous reçoit aimablement, bien qu'elle se plaigne d'une angoisse qui ne l'abandonne pas et de douleurs dans la tête et le long de la colonne vertébrale. Elle nous a confié une partie de l'histoire de sa maladie, et sa famille a complété ce récit par quelques renseignements :

H... est fille unique de parents de santé délicate. Sa mère, notamment, est depuis longtemps soignée pour ses poumons. Elle eût, il y a quelques mois, une pleurésie et a de fréquentes bronchites. Elle est particulièrement nerveuse et hypersensible.

On ne relève, par contre, aucun antécédent mental dans la famille. H... est née à terme, mais, avec une luxation de la hanche (détail qui a bien sa valeur si l'on considère avec Le Damany que la luxation congénitale de la hanche est une anomalie régressive). Aucun phénomène pathologique ne vient marquer les premières années de H...

À l'âge de 7 ans, son caractère se modifie. Elle n'apprend plus

aussi bien en classe, s'isole, devient bizarre. Elle est obsédée par la pensée de ne pas assez aimer sa mère. Elle croit ainsi causer du chagrin à cette dernière et devient alors particulièrement affectueuse pour réparer les torts qu'elle pense avoir.

Voici qu'un fait étrange vient un jour frapper d'effroi son âme d'enfant. Elle le raconte ainsi :

« Il y avait chez ma grand-mère, où j'allais fréquemment avec mes parents, un chat que j'aimais beaucoup et avec lequel je jouais très souvent. Un jour, comme je le regardais, je vis nettement sur le corps de ce chat les visages de mon père et de ma mère. Ce phénomène se reproduisit assez souvent, si bien que je n'osais plus caresser ce chat.

» Puis cela me parut abominable; je pensais être une grande coupable, je me disais que c'était le démon qui était en moi. Dès lors, j'ai refusé d'aller chez ma grand-mère, sans en donner la raison à mes parents, mais j'étais très effrayée. »

La vie continue malgré tout, mais « jamais normale » nous dit H... Au milieu de ses doutes et de ses craintes, elle fait sa première communion, ce qui constitue un fait marquant de son enfance. Jamais satisfaite de ses longues confessions, toujours scrupuleuse à l'excès, H... est, de plus, d'une si grande émotivité, qu'elle ne peut entendre à la messe un morceau d'orgues sans éclater en sanglots.

A 12 ans, H... est réglée normalement.

De 14 à 17 ans, elle peut mener une vie normale. Elle entre alors à l'école commerciale, où elle fait des études convenables : « J'apprenais bien, dit-elle, mais je retenais mal, car j'avais de la peine à fixer mon attention. J'étais obligée de relire plusieurs fois la même chose. »

A 18 ans, H... entre comme clerc chez un notaire. Elle est toujours frémissante, inquiète, persuadée de son infériorité sur ses compagnes, isolée et rêveuse. Dans le silence de son travail et de son rêve, elle devient follement amoureuse d'un clerc de l'étude.

Ce clerc est jeune, beau sans doute, mais il est marié et père de famille. Aussi H... s'efforce-t-elle de se détourner de cette passion, à laquelle ses principes et ses scrupules n'admettent pas d'issue.

Chaque jour, cependant, la ramène à son travail dans cette étude où elle peut revoir l'objet de son désir, et cela dure des mois. Elle change, devient distraite, inquiète, ne travaille qu'avec beaucoup de peine.

« Je vivais absolument dans un rêve, nous dit-elle; je me demande comment je pouvais retrouver mon chemin et accomplir mon travail. J'étais comme entourée d'un brouillard, j'avais un voile sur le cerveau, tout me semblait irréel, choses et gens m'apparaissaient comme de petites images. »

Peu à peu, H... abandonne toute occupation. Elle est assaillie d'idées fixes et d'obsessions. Elle ne peut supporter aucun bruit.

Elle se plaint d'être « impalpable », d'être « dans le néant ». Elle se préoccupe beaucoup de son état. Elle devient indifférente envers les siens, leur donne des noms nouveaux, voire des surnoms : « l'homme maigre », dit-elle pour désigner son père.

Elle demeure presque constamment assise, inerte, poussant des cris stridents lorsqu'on veut l'inciter à un acte quelconque de la vie normale.

C'est dans cet état qu'elle arrive à l'Asile Picon, le 3 décembre 1934.

A cette époque, un Wassermann fut fait après une réactivation très sérieuse.

Ce Wassermann reste négatif, et, sans aucun doute, nous devons éliminer une étiologie syphilitique possible dans la maladie de H...

A propos de l'observation de H...

Deux épisodes se détachent nettement dans l'histoire de la maladie de H...

Le premier, à l'âge de 7 ans, nous apparaît comme l'expression d'un trouble de l'instinct sexuel se révélant plus particulièrement par des obsessions.

H... nous dit en effet : « Je me reprochais sans cesse de ne pas aimer ma mère autant que je l'aurais dû, etc. » Cette préoccupation obsédante, relative à l'affection pour la mère, est très fréquente chez les jeunes psychasthéniques (et aussi

chez les anorexiques mentaux, qu'on pourrait faire entrer dans le même cadre). Ce symptôme conduit tout droit au complexe d'Œdipe.

Une deuxième obsession de H... à cette époque est la représentation visuelle du visage de ses parents sur le corps du chat qu'elle a coutume de caresser.

Ce deuxième symptôme vient renforcer le premier, et l'importance symbolique du chat ne peut être mise en doute. Il suffit de lire une description de Colette dans *Les Vrilles de la Vigne*, ou certains vers de Baudelaire, pour comprendre qu'il est, depuis toujours, une des incarnations les plus typiques de l'idée, de la pensée sexuelle. Paul Morand, dans un article récent paru dans *Art et Médecine*, signale les nombreux auteurs ayant traité du chat, divinité amoureuse.

Ce premier épisode, trouble de l'instinct chez H..., est obscur et tombe difficilement sous l'emprise de la psychanalyse. Nous touchons là à cette « résistance » qui nous ramène à l'inconscient de Freud. Cependant, cet épisode est de la plus grande importance, et actuellement la malade elle-même, dans les moments où elle exerce son autocritique, n'hésite pas à rattacher son syndrome actuel à cet épisode initial.

De 14 à 17 ans, H... mène une vie presque normale. Mais il faut reconnaître que cette période correspond plus particulièrement à la croissance de son être physique et que la nature fait agir surtout, à cette époque, les instincts de nutrition.

De 17 à 21 ans se place le deuxième épisode de la maladie de H... Il semble avoir pris naissance dans un conflit entre la tendance instinctive qui pousse irrésistiblement H... vers un être humain du sexe opposé et les obstacles irréductibles de la société et de la morale. En effet, H... aime et désire un homme déjà marié et père de famille; dès lors l'influence de générations de traditions, de principes, un cadre social et familial solide, une religion avec tous ses scrupules, une éducation qui ne peut céder, pèsent sur l'être moral de H...

et lui font percevoir nettement la discordance qui résulterait de la réalisation de ses désirs.

Il se produit alors ce qui advient toutes les fois que l'être moral s'oppose aux tendances d'un instinct : *une douleur*.

Nous pensons que l'apparition, la continuité, la disparition de cette douleur constituent un symptôme de tout premier ordre dans l'évolution d'une psychose, symptôme qui doit appeler plus particulièrement l'attention du psychiatre.

Lorsqu'un animal sauvage, sain, a satisfait à tous ses instincts, il demeure au repos et dans un état de bien-être qui est son état le plus normal. Il va demeurer ainsi un certain temps, puis, de nouveau, ses instincts vont demander satisfaction. Comment en sera-t-il averti ? Par une douleur. Il agira aussitôt dans le sens de son instinct pour faire cesser cette douleur. Mais il en garde le souvenir, si bien qu'il n'attend plus son apparition pour agir et cherche sans cesse à maintenir l'équilibre de son bien-être.

C'est donc la douleur, le souvenir de la douleur, de ses causes, de ses différences, de ses degrés, qui permettent à l'animal, dans le milieu où il vit, d'agir en accord avec ses instincts pour la sauvegarde de son entité et de sa race.

L'être humain nous apparaît soumis exactement aux même lois. Il n'échappe pas à l'exigence de ses instincts, et, normalement, il agit toujours dans leur sens. Ainsi l'harmonie de l'existence de tout être vivant est-elle régie par le signal douleur.

Parmi tous les instincts qui se manifestent chez l'individu, celui de la conservation est le premier et le plus souvent en jeu. Survient-il un traumatisme ou une maladie ?

Aussitôt le signal d'alarme douleur retentit et ne cesse que lorsque l'harmonie est rétablie (c'est là la base principale de toute la symptomatologie médicale).

Une complexité surgit chez l'homme civilisé doué d'une superstructure intellectuelle, « d'un supermoi », contrôle du « moi » que Freud a mis en relief.

Mais lorsque l'on considère l'évolution de ce « supermoi »

chez les individus à travers les siècles, on constate que de tout temps les hommes ont inconsciemment établi toutes les lois sociales, morales et économiques, en accord avec leurs instincts et dans le même sens que ces instincts.

Un conflit survient-il chez l'homme en société entre un instinct et une de ces lois; il en est aussitôt averti par le signal douleur morale.

L'état normal de l'être humain comporte donc : la satisfaction de ses instincts, mais en accord avec son « moi moral » forgé par la civilisation.

Ces conditions lui apportent alors un maximum de joie, voire même de volupté. Il semble que ces sensations extrêmes appartiennent plus particulièrement à l'instinct sexuel et à toutes les tendances qui dérivent de cet instinct, la douleur physique et le bien-être étant le propre des instincts de nutrition.

Mais, de même que les instincts sont étroitement liés et intriqués, de même les systèmes bien-être-douleur, souffrance morale-volupté, s'enchevêtrent constamment et quelquefois ne peuvent être séparés qu'artificiellement.

Ce toxicomane s'est injecté sa première dose de morphine, ou a fumé sa première pipe d'opium, pour faire cesser un instant une inquiétude latente ou une douleur vague, persistante, qui lui interdisait toute volupté à l'état pur.

Tout le système psychique est imprégné de cet élément plaisir-douleur qui est la condition *sine qua non* de la vie intellectuelle. Il permet des rapports entre les sensations et les souvenirs de sensations, il sert de lien entre les idées et les souvenirs d'idées, il rend possible le jeu de la pensée, de la réflexion, du jugement, de la volonté.

Supposons un instant que cet élément fasse défaut dans l'édifice psychique : la pensée, et aussi le langage, ne seraient qu'une succession de symboles se profilant comme des ombres chinoises aux contours imprécis et sans signification.

Quelle sera donc l'attitude de notre psychasthénique Mlle H..., placée entre son instinct et son « moi moral » ?

Elle ressent une souffrance. Mais, tandis qu'un être mal ou insuffisamment évolué se précipitera vers l'objet désiré pour faire cesser toute inquiétude, brisant pour cela — souvent féroce — toutes les barrières; tandis qu'un être harmonieux et en bonne santé obéira à son moi moral, tout en subissant peut-être une importante modification de sa personnalité, H..., sensibilisée par des infections successives, et dont l'enfance a été marquée déjà par un trouble de l'instinct, va rechercher un moyen terme : elle va se créer *par le rêve* un monde nouveau en marge de la vie réelle.

Pour quelles raisons va-t-elle si facilement glisser dans un long rêve éveillé?

D'abord ce rêve apaise provisoirement sa douleur.

Ensuite, H... n'est pas une de ces émotives chez lesquelles une émotion forte est aussitôt effacée par une plus forte encore. Non. Comme tous les psychasthéniques, elle réagit médiocrement à l'ambiance, mais, à la faveur de cet épisode particulier, tout son être va vibrer étrangement, démesurément, non pas en face de l'objet réel de son désir, mais plus particulièrement à sa représentation mentale.

Et ainsi, sa passion trouve plus de satisfaction dans le rêve que dans la réalité même.

Enfin, sa conscience, qui se cabre devant une réalité, se laisse surprendre par ce rêve et assiste complaisante à l'éclosion d'un monde artificiel, fruit de l'imagination.

Dès cet instant, une fausse route est créée, et chaque pas sur cette voie constitue un danger en diminuant l'intérêt pour la réalité pratique. H... s'engage à fond sur cette pente. Au début, elle apprécie et favorise même l'émotion agréable causée par la présence de l'être qu'elle aime et désire en cachette; bientôt, cependant, un sentiment nouveau vient gâter son bonheur : la honte.

« Je vivais, nous dit-elle, dans la crainte que « lui » ou mes autres camarades, ne s'aperçoivent de ma passion. Il me semblait que j'étais en cristal et que tout le monde pouvait voir mon émotion et mon trouble. J'en ressentais une

grande confusion et j'en arrivais à redouter « sa » présence. »

Et cette honte lui rappelait celle qu'elle éprouvait autrefois quand elle était si jeune et sans savoir pourquoi en caressant le chat de la maison.

H... réalise alors ce paradoxe de préférer à l'objet de sa passion un fantôme créé à sa ressemblance et qu'elle anime au gré de ses souvenirs et de son imagination, et chaque soir elle a hâte de quitter l'étude et de se retrouver seule. A défaut de l'être désiré, elle emporte dans sa solitude des objets lui ayant appartenu : c'est une méthode de sténographie, c'est un petit calepin, ou tel autre menu présent autorisé par une camaraderie quotidienne.

En face de ces objets, dans un cadre dévotement composé par ses soins, H... laisse se développer librement une émotion allant souvent jusqu'aux confins de la volupté.

Serait-elle fétichiste? Mais elle ignore toute perversité! Sans doute devons-nous voir là un simple signe psychasthénique.

De même que H... a une pudeur excessive de son corps, de même elle a une grande timidité et déteste mettre à nu des sentiments qui doivent tous se rapporter à l'être aimé.

A l'exagération de ces deux sentiments : pudeur et timidité, vient s'ajouter maintenant la honte : crainte de laisser voir à autrui des émotions dont sa propre conscience commence à prendre ombrage.

Dès lors, on comprend mieux cette recherche systématique d'une solitude et d'un rêve dans un cadre déterminé où elle retrouve une émotion dépouillée de toute inquiétude.

Les objets-fétiches ne sont pas les seuls éléments favorisants du rêve de H... Il en est d'autres, et chez notre malade la lecture n'est pas un des moindres.

Il y aurait beaucoup à dire sur les goûts des psychasthéniques et leurs préférences en matière d'art et de littérature.

Lorsque vous conseillez la lecture à des psychasthéniques en leur laissant le libre choix de la matière et des auteurs, vous les voyez en général rejeter romans et périodiques et s'orienter aussitôt vers la poésie lyrique.

Pourquoi ces rythmes conviennent-ils si bien à leurs rêves ?

Montaigne parlait jadis de la « jointure de l'âme et du corps » et disait que la douleur apparaît à cette jointure.

P. Janet, analysant le processus affectif, fait remarquer que : l'attention, la volonté et, d'une façon générale, les facultés supérieures jouent un rôle opposé à celui de l'émotion et l'équilibrent.

Freud met en lumière l'harmonie qui résulte d'un équilibre entre les instincts vitaux et la superstructure intellectuelle. Reprenant les études de Gustave Lebon sur les foules, il démontre le même équilibre : d'un côté la « horde affective », de l'autre le chef libre et affranchi. Ici un assemblage humain fondu en une émotion commune, en face un idéal. D'une part une foule unie par la même foi, en regard un Christ, un exemple, un symbole.

Survient-il un déséquilibre entre ces deux sortes d'instincts, la rupture de l'harmonie est soulignée par de la douleur.

Dans la société, c'est la guerre civile ou la révolution avec toutes ses conséquences.

Dans l'armée, c'est la mutinerie, la désertion, la panique.

Dans la religion, c'est un schisme.

Partout, pour l'homme, harmonie égale équilibre entre les instincts vitaux et la superstructure intellectuelle et civilisée qui évolue dans le même sens que les instincts. La continuité de cet équilibre caractérise les périodes les plus heureuses dans l'histoire des peuples.

La littérature elle-même reflète une succession de tels conflits et de tels équilibres. Les épicuriens l'emportaient par la sensation, l'émotion, le sentiment. Les stoïciens par l'idée, la volonté, la réflexion. Les romantiques et les classiques s'opposèrent de la même manière.

Il serait intéressant de faire, dans les arts et les lettres, une discrimination des œuvres portant la signature d'un équilibre parfait entre ces deux sortes d'instincts.

Il nous apparaît que certains poètes lyriques cultivant une

passion (dont l'objet a été abstrait de la réalité et placé dans un monde idéalisé), exaltant une douleur, prolongeant un rêve, ne font rien d'autre que chanter avec talent leur propre dysharmonie. Ils mettent au service de combinaisons psychiques complexes une émotivité déjà pathologique.

Aussi le livre dans lequel H... trouve un écho à ses tourments et qu'elle cache précipitamment à l'arrivée du médecin n'est autre qu'un exemplaire des *OEuvres poétiques* de Lamartine.

Si H... cache ce livre alors que le médecin lui autorise la lecture, c'est qu'elle se sent en faute; elle nous avoue en effet : « J'ai essayé de résister à l'envahissement de ma passion, et j'avais décidé de rechercher des distractions. La lecture de ces poésies et la musique furent ces distractions. Mais je m'aperçus bien vite que telle pièce de vers ou tel morceau de violon favorisait l'apparition des émotions que je redoutais. Ce n'était qu'un prétexte que je donnais à ma conscience, une sorte de « tricherie » qui me permettait de continuer mon rêve. »

Ce rêve est donc formé de tronçons de rêves divers gravitant cependant autour d'un sujet unique. C'est à ces rêveries automatiques et faciles que P. Janet a donné le nom de « rêves de prédilection ».

Cet état de rêve devient pour H... ce que la morphine est au toxicomane; et de plus, par cet artifice, elle fait taire momentanément à la fois son instinct et la voix de sa conscience.

La formation de cet état de rêve nous paraît être la première erreur menant à la psychasthénie grave.

Les malades parlent généralement avec répugnance de cette première étape de leur maladie.

Ce rêve s'installe quelquefois si lentement, si progressivement (en dix mois dans le cas de H...), que beaucoup de malades n'en perçoivent pas les premiers signes et font commencer leur maladie à l'obsession qui apparaît presque en même temps que le rêve.

Souvent aussi, à cette première période, les émotions agréables provoquées tout d'abord par des évocations mentales ont été par la suite volontairement conduites jusqu'à la volupté par des habitudes qui viennent ajouter des remords à la honte et dont l'aveu est toujours pénible chez un être scrupuleux.

Ce rêve une fois constitué devient la toile de fond sur laquelle chaque nouveau symptôme psychasthénique viendra faire relief.

Mais une tendance aussi violente que l'instinct sexuel ne peut se laisser longtemps duper par l'artifice d'un rêve, et elle réagit bientôt d'une façon pressante par production incessante de *l'émotion*.

Le Professeur Dupré, dans son *Traité sur la pathologie de l'émotivité et de l'imagination*, nous dit : « L'émotivité apparaît en biologie générale comme une forme naturelle de l'expression de l'instinct de conservation. Elle ne devient pathologique que par la prolongation au delà de l'enfance, ou par l'excès chez l'adulte de ses manifestations considérées dans leur degré, leur durée, leur diffusion et leur disproportion avec les causes de l'émotion. »

Nous pensons que la distinction entre : l'instinct de conservation, l'instinct de reproduction, l'instinct d'association, faite par le Professeur Dupré dans son même ouvrage, n'a été exprimée que pour les besoins de la classification et de la terminologie et qu'il ne nous est pas défendu de considérer l'instinct sexuel comme un instinct de conservation appliqué à l'espèce.

Des entomologistes tels que Fabre et Maeterlinck, dans des travaux remarquables, nous montrent certaines espèces animales dans lesquelles les mâles sont voués à la mort aussitôt après leur rôle fécondant. Ce qui démontrerait que, dans certains cas indispensables, l'instinct sexuel (en tant qu'instinct de conservation appliqué à l'espèce) a le pas sur l'instinct de conservation de l'individu.

Il semble aussi que ces diverses formes de l'instinct de con-

servation ont comme expression un phénomène biologique commun : l'émotion.

Ainsi l'émotion et ses manifestations physiologiques exprimeraient indifféremment l'instinct de conservation individuel et l'instinct de conservation de l'espèce.

Dans l'enfance, l'émotivité est plus grande, car c'est par des émotions successives que l'enfant apprend à connaître le monde réel. Mais ne serait-il pas juste que nous considérions deux enfances :

celle de l'instinct de conservation de l'individu;
celle de l'instinct de conservation de l'espèce.

L'émotion de l'enfant, fréquente, forte ou faible, est toujours grossière, car les sens qui la provoquent ne sont pas encore éduqués. A la puberté (enfance de l'instinct sexuel), l'émotion sexuelle est aussi grossière pour les mêmes raisons.

Sans doute l'enfant apporte avec lui en naissant l'instinct sexuel, mais comme le font remarquer les psychanalystes, cette forme de l'instinct demeure, durant toute l'enfance, au second plan, à l'état de « refoulement » ou d' « inconscient ».

Si par suite de circonstances pathologiques, l'instinct sexuel est, dans l'enfance, mis au premier plan ou stimulé, il n'a alors à sa disposition, pour s'exprimer, qu'une émotion de l'instinct de conservation de l'individu, une émotion de satisfaction ou de douleur qui n'aura aucune teinte sexuelle voluptueuse.

En un mot, si l'instinct sexuel entre en jeu à cet âge, il se traduit par une émotion qui n'est pas la sienne, l'émotion ne prenant sa couleur spécifique sexuelle qu'à un âge plus avancé.

Mais ce chevauchement dans l'enfance de deux formes d'un même instinct — une des deux formes utilisant l'émotion propre à l'autre — ne peut-il être la cause de troubles graves par la suite ?

Partant d'un tel fait, ne pourrait-on expliquer certains cas

de frigidité, et notamment celui de « Belle de jour », du roman de Kessel ?

Quoi qu'il en soit, il nous faut reconnaître que la psychasthénie, bien que son évolution grave se fasse en général à l'âge de la puberté (enfance de l'instinct sexuel), a ses racines profondes dans l'enfance. (C'est aussi le cas pour H...)

Avant de continuer l'histoire de notre malade, nous voulons essayer de différencier une fois encore l'émotivité pathologique de l'émotivité normale.

Il existe des êtres qui, par suite d'une évolution de race particulièrement favorable et parce que leur développement s'est fait sans être entaché de processus morbides, possèdent une qualité d'émotion remarquable.

Leurs sens, merveilleusement prédisposés et affinés, fournissent des émotions qui l'emportent par la richesse et par la fréquence.

Ces êtres ont donc, avec le monde extérieur, des rapports particulièrement ténus. A cause de cela, ils réagissent parfaitement à l'ambiance, et grande est leur faculté d'adaptation à de nouveaux milieux. Ils paraissent disposer d'un maximum d'activité et de faculté de penser, d'assimiler, de juger, et d'un minimum d'habitudes et de stéréotypes.

Ces êtres constituent une élite dont l'émotivité n'a rien de pathologique.

Par contre, chez les psychasthéniques, l'émotion est anormale par son extension démesurée, sa fréquence et son défaut de rapport avec l'événement qui l'a provoquée.

Il en est ainsi pour H... L'émotion qu'elle recherchait tout d'abord se répète maintenant sans cesse et n'a avec la réalité qu'un rapport très indirect.

Est-ce le maximum de l'émotion ? Faut-il avoir une émotivité très délicate pour en arriver là ?

« Ce n'est pas mon avis », a dit Janet à propos d'une de ces malades. « L'émotivité est puissante quand elle est en accord avec la situation où l'on se trouve placé. Elle est d'autant plus remarquable que cet accord est plus délicat.

C'est ainsi qu'il y a des émotions justes causées par les sentiments artistiques, religieux, par les affections de toutes espèces, par les dangers réels. Mais quand une émotion ne renferme que des phénomènes très simples et très grossiers, qu'elle reste invariablement toujours la même, nous disons que c'est une émotion très grossière et très élémentaire. »

C'est cette émotion récidivante et toujours identique à elle-même qui va constituer autour de H... une véritable gangue protectrice l'isolant de l'ambiance.

Aussi H... nous paraît-elle « plus jeune que son âge ». Il y a un retard dans la formation de sa personnalité, car pendant ses années de maladie, son rêve a réduit considérablement le nombre de ses acquisitions et le champ de son expérience, son existence tendant alors à se refermer sur une même émotion.

Telle explication n'est pas enregistrée, telle question demeure sans réponse, qui n'ont pas un rapport suffisant avec le rêve poursuivi. De quel côté H... dirigera-t-elle sa promenade du dimanche ? Cela ne la préoccupe plus. Elle a une amie à laquelle elle s'est confiée, mais vraiment cette amie ne l'intéresse que dans la mesure où elle est la confidente de son rêve. Tous les événements de la vie quotidienne passent au dernier plan. Même les sentiments familiaux et l'amitié semblent diminués.

Cette spécialisation de l'émotion a une conséquence redoutable : un nombre infini de perceptions journalières sont si peu touchées par l'attention systématiquement concentrée sur un point déterminé que la mémoire de H... va les rappeler par la suite très difficilement.

Dès lors, H... doute fréquemment. A-t-elle fait sa prière ? A-t-elle embrassé sa mère avant de se coucher pour la nuit ? Où a-t-elle laissé tel objet ? A-t-elle éteint la lumière dans la pièce où elle est allée tout à l'heure ? Elle ne peut se rappeler, elle doute ; ses scrupules et ses craintes faciles augmentent encore ce doute.

C'est là un doute par inattention et par « désintérêt »

de l'acte accompli, mais il est chez H.A. une deuxième manière de douter.

Lorsque H.A. veut évoquer un souvenir ou exprimer une idée, c'est le souvenir ou l'idée diamétralement opposée qui s'impose aussitôt à son esprit.

Si nous transposons dans le langage humain l'opposition métaphysique freudienne entre les « instincts de vie » et les « instincts de mort », nous pouvons dire que le langage est composé de deux sortes de symboles correspondant à ces deux sortes d'instincts.

L'enfant ne connaît que des symboles simples, et les synthèses de sa pensée et de son langage sont courtes et faciles. Son instinct est vigoureux, sa superstructure intellectuelle peu développée; les symboles instinctifs s'imposent seuls à son esprit. Ainsi voit-on les enfants affirmer et agir avec une très grande facilité.

Peu à peu, le moi et le moi moral se développent, les symboles de l'enfant se compliquent, ses synthèses deviennent plus complexes. Il apprend, avec l'expérience, à orienter ses instincts, à accepter les contraintes sociales, à garder le contrôle de ses actes; alors, s'offrent en même temps à son esprit, un symbole d'instinct affirmatif et un symbole opposé appartenant au moi ou au moi moral, un symbole de négation.

A l'âge mûr, qui semble représenter le parfait équilibre entre les instincts et la personnalité intellectuelle, l'homme n'affirme qu'à bon escient, avec tout le secours de son auto-critique en plein développement.

A un âge plus avancé, la réflexion et les facultés de raisonnement s'étant accrues encore plus largement donnent à l'homme une grande maîtrise de ses instincts, dont la force tend peut-être d'elle-même, d'ailleurs, à diminuer.

Les synthèses de la pensée sont plus complexes, les symboles s'offrant d'abord à l'esprit sont plus souvent négatifs, pourrait-on dire. Avant toute affirmation ou toute action l'homme en mesure alors la portée et la contre-partie, et sa

grande expérience lui permet d'en évaluer par avance le résultat et les conséquences.

Ainsi voit-on certains siècles de grande civilisation et de haute culture intellectuelle caractérisés par « le sourire usé », sourire d'ironie supérieure, négation de la spontanéité de l'instinct.

Peut-être, chez nos psychasthéniques, la puissance de l'instinct est-elle trop faible pour imposer à l'esprit un symbole positif, et peut-être est-ce pour cette raison qu'ils présentent ce fait paradoxal : leur émotion, grossière comme celle d'un enfant, fait surgir dans leur esprit des symboles de négation opposés à ceux de l'instinct, et ils doutent à la manière des gens d'expérience.

On a dit que les psychasthéniques effectuaient difficilement leurs synthèses.

S'il est vrai que, dans l'échelle de la pensée, l'échelon initial est représenté par la perception, — le degré terminal étant l'idée abstraite, — cette dernière devrait être inaccessible aux psychasthéniques.

Le Docteur P. Lassalle, ancien interne de l'Asile Château-Picon, ayant étudié sous la direction de M. le Professeur Perrens le processus affectif, le divise en trois parties :

1° La puissance instinctive, qui est la résultante des forces mises en jeu par la perception;

2° L'émotion, qui traduit la nature et le degré de la modification interne qu'une influence extérieure fait subir à l'individu;

3° L'impulsion, résultat dynamique qui découle de la modification produite par l'émotion et qui se traduit, non seulement par le mouvement, mais aussi par l'accroissement ou la diminution de l'intérêt, de l'attention, de la vivacité, de la force d'expression et de l'énergie.

Chez H..., la puissance instinctive du processus affectif semble affaiblie; l'émotion est troublée, intense, répétée et grossière. Aussi le « résultat dynamique ou impulsion », qui pourrait se traduire par de l'action, se traduit de préférence

par de la pensée. Et comme ce « résultat dynamique » découle d'une émotion de mauvaise qualité, la pensée fournie, au lieu d'être une pensée forte et bien synthétisée tendant vers l'idée abstraite, est une pensée vague, diffuse, imprécise, en un mot une pensée de mauvaise qualité constituant la principale matière du rêve éveillé.

Dans ce rêve, H... se complaisait tout d'abord; maintenant, elle doute de plus en plus douloureusement.

Sur les instances de son amie, elle décide de renoncer définitivement à revoir l'objet de sa passion. Les événements servent sa volonté : le camarade de travail qu'elle aime change d'étude pour des raisons de service et elle ne le revoit plus.

Ce départ provoque chez H... un choc moral intense, et son malaise s'accroît considérablement. Le personnage autour duquel gravitent toutes ses pensées, toutes ses émotions, tous ses gestes, va disparaître de sa vie.

« Il me semble que je n'aurais pas ressenti un chagrin plus violent si j'avais perdu mon père ou ma mère », nous dit H...

Dès lors, son anxiété est constante, son émotion toujours douloureuse. Ses obsessions anciennes, ses scrupules et ses phobies de l'enfance surgissent du passé et viennent renforcer encore cet état pathologique.

Cette émotion douloureuse va-t-elle pousser H... hors de son rêve, dans le réel et dans l'action ?

Nullement. Elle ne cherche point à revoir l'homme qu'elle aime. Par contre, chaque jour, sur son chemin, elle rencontre un inconnu qui lui ressemble beaucoup et qu'elle distingue comme un nouvel aliment pour son rêve, un nouveau prétexte à son émotion douloureuse et obsédante.

Cet état est, pour H..., extrêmement déprimant; sa pensée devient plus hésitante, ses synthèses plus incomplètes, son état physique plus précaire. Elle abandonne bientôt toute occupation.

Un sentiment nouveau se fait jour en elle et s'impose de plus en plus : la peur. Une peur un peu différente des phobies

qu'elle a eues jusque-là : « la peur de devenir folle », nous dit-elle.

Et voilà qu'un jour, brusquement, parce que ses parents parlent devant elle d'une jeune femme de leurs amis qui vient de présenter des troubles mentaux sur lesquels ils épi-loguent, H... sent en elle une immense émotion de peur.

Elle veut parler et agir, elle ne le peut; elle veut penser, mais en vain. Elle présente un mutisme absolu et une aboulie totale.

On s'empresse autour d'elle. On l'incite à accomplir tel ou tel acte; elle pousse des cris inarticulés, esquisse des gestes de désespoir et se laisse tomber sur le sol. Son visage reflète l'effroi et la souffrance. Elle a des contractions de l'estomac, des vomissements, des sueurs, des diarrhées; elle a l'impression que « son cœur se tord », que sa gorge se serre. Sa respiration est superficielle et rapide. En un mot, tous les troubles du sympathique sont à leur paroxysme; c'est la crise d'angoisse typique décrite par la plupart des auteurs.

Au raptus anxieux, à la douleur morale du doute et de l'obsession, réactions dérivées de l'instinct sexuel ou des sentiments qui en découlent, viennent s'ajouter maintenant des signes de douleur physique appartenant à l'instinct de conservation individuel.

Sans doute l'angoisse est-elle, avant la mort ou la folie, l'ultime réaction de l'organisme considéré comme une unité mentale et physique.

Pour H..., la crise d'angoisse est-elle la cause de l'aboulie et du mutisme ? Au contraire, est-elle le résultat de cette même aboulie ? Il semble en effet que l'angoisse résulte de l'aboulie.

Ces deux états ont été étudiés souvent durant ces dernières années, particulièrement au cours de la dernière guerre.

Le cas le plus fréquemment décrit, et peut-être le plus caractéristique, est le suivant :

Des soldats jeunes et fatigués n'ayant vu le feu que dans des secteurs calmes sont conduits, la nuit, dans un secteur des plus dangereux.

A l'aube a lieu un bombardement ennemi des plus violents. Le vacarme, les éclatements, les cris, l'ébranlement de l'atmosphère, sont tels que, parmi les soldats arrivés la nuit, quelques-uns ressentent un véritable affolement des sens qui les empêche de réfléchir et annihile leur auto-critique et leur libre arbitre.

L'instinct de la conservation les domine alors et les pousse, soit à se précipiter en avant dans une réaction de défense immédiate, soit à se ruer vers le boyau par lequel ils sont arrivés. Dans ces deux cas, ils sont retenus par leurs camarades plus anciens et plus aguerris, chez lesquels le « moi moral » n'est pas en faillite.

Ils sont donc ainsi maintenus en « aboulie forcée », pourrait-on dire. C'est alors, et alors seulement, que se déclenche chez eux la crise d'angoisse caractéristique, accompagnée de ses troubles sympathiques au complet. Si, sous l'empire de la peur, ces soldats avaient pu obéir à leur instinct de conservation individuel et avaient agi dans ce sens, ils auraient sans doute échappé à l'angoisse.

Peut-il y avoir chez un sujet normal une aboulie sans angoisse ?

Ce serait alors une aboulie bien transitoire.

Sous l'empire d'une frayeur ou d'une émotion violente et brusque, tel sujet présente un arrêt de la réflexion et du mécanisme de ses facultés supérieures durant un laps de temps très bref. L'émotion initiale s'effaçant rapidement, les troubles sympathiques n'ont pas le temps d'apparaître, du moins au complet, car il serait juste de dire qu'il existe de ces troubles physiologiques une gamme infinie, depuis la « gorge sèche », l'arrêt de la salivation, ou encore les « *horridi crines* » décrits par Virgile dans l'*Enéide*, jusqu'aux grandes crises d'angoisse, quasi semblables à une agonie douloureuse.

Chez notre psychasthénique, l'état initial est un état d'aboulie. H..., qui a déjà une tension psychologique très diminuée par suite des émotions douloureuses répétées et de

sa fatigue physique, ressent maintenant une émotion dissolvante : la peur. Cette émotion rend impossible chez elle toute synthèse intellectuelle : H... ne peut plus vouloir.

De ce fait va découler aussitôt pour elle un état d'angoisse accompagné de troubles sympathiques.

En effet, il semble que nous ayons coutume d'agir d'une façon habituelle selon notre instinct de conservation, particulièrement en ce qui concerne des actes tels que manger, boire et quantité de gestes nécessaires à la vie de chaque jour, auxquels nous ne prêtons qu'une attention secondaire, et pour l'accomplissement desquels cependant notre volonté est indispensable.

Et dès le moment où l'instinct de conservation ne trouve plus à sa disposition cette habituelle faculté de vouloir, il traduit le danger par une réaction telle que l'angoisse, dans laquelle les manifestations d'ordre physique semblent jouer un rôle prépondérant.

De même que le doute, l'aboulie paraît être l'apanage des êtres possédant une superstructure intellectuelle.

Chez les animaux sauvages, il n'est pas rapporté d'autres cas d'aboulie que cette sorte d'aboulie artificielle qu'est la fascination, et dont l'exemple le plus banal est celui de l'antilope fascinée par un serpent de grande taille. L'instinct de la conservation pousse l'animal fasciné à fuir ou à attaquer. Tout son organisme tend vers ce but, mais les centres de la volonté sont sous l'empire d'une force extérieure inconnue, et l'animal demeure immobile. Un tremblement, des signes d'effroi, des troubles circulatoires et respiratoires, traduisent son angoisse.

En résumé, les étapes successives de la maladie de H... paraissent s'étager de la façon suivante :

Dès l'enfance, un trouble grave de l'instinct;

Durant les années qui suivent, une série de maladies infectieuses : diphtérie, paratyphoïde;

A l'âge de 46 ans, à l'affirmation des tendances de l'instinct sexuel et à l'occasion d'un conflit douloureux entre ces

tendances et les disciplines sociales, H... s'engage dans une impasse parallèle à la réalité : un rêve éveillé;

Dans cette voie nouvelle, à mesure « que se développe le trouble affectif qui attire à soi les éléments libres de la conscience », la malade se détache progressivement de l'ambiance, malgré les appels réitérés de l'instinct sexuel et de l'instinct de conservation, chacun de ces appels se traduisant par une forme différente et progressive de la douleur : émotion douloureuse, scrupules, doutes, phobies, obsessions, anxiété constante et enfin angoisse, ultime étape au seuil de la dépersonnalisation, du délire et de la dissociation mentale.

Trois routes différentes s'ouvrent maintenant à l'évolution de la maladie de H...

La première est celle de la guérison encore possible.

Une psychothérapie bien comprise, une psychanalyse adroite, seront-elles nécessaires ? Peut-être. Mais une condition est indispensable, semble-t-il, pour la réussite de tels traitements : c'est le traitement médical et anti-infectieux du terrain organique qui a permis l'éclosion de telles psychoses.

La deuxième route à envisager serait le passage à la mélancolie, qui représenterait chez H... la faillite totale de l'instinct, le triomphe du moi moral imposant un délire de douleur morale, d'accusations, de punitions et de malheur.

Enfin la troisième route, celle qui nous intéresse, est le passage à la démence précoce, l'enkystement progressif dans l'irréel.

Le premier pas dans cette voie ne correspond-il pas au premier jour du rêve éveillé dans lequel s'est engagé le psychasthénique ? Et n'est-il pas trop tard pour rectifier son erreur lorsqu'on s'aperçoit que cet aboulique, ce douteur anxieux, « n'est pas très dissemblable de ces schizophrènes au début, aux attitudes ambivalentes, ayant perdu le contact avec le monde extérieur, ou perdus dans des rêveries métaphysiques » ?

CHAPITRE II

- I. — Des ressemblances qui existent dans les troubles de l'affectivité et de la personnalité chez les grands psychasthéniques et certains déments précoces.
- II. — Des premiers symptômes qui permettent d'affirmer la démence précoce dans les formes à début psychasthénique.

Dans les couloirs d'un quartier d'asile, vous avez parfois la sensation désagréable d'être frôlé par des « ombres », des êtres immatériels, dépersonnalisés ou partiellement morts, de véritables automates à visage humain.

Votre approche les a fait surgir des recoins où ils étaient figés depuis des heures.

Leur marche lente et imprécise est saccadée et silencieuse.

Leur regard vous trouble péniblement, car il ne reflète le plus souvent aucune pensée triste ou gaie.

Leur mutisme est souvent absolu. Vous prenez leur main bleue, et cette main raidie conserve de bizarres attitudes.

A côté d'eux, d'autres malades plus vivants vous lancent quelques propos incohérents : symboles mal assemblés, dépouillés de toute tonalité affective et auxquels on cherche en vain à donner un sens.

Annoncez-leur qu'un de leurs parents très chers vient de mourir, et ils éclatent aussitôt d'un rire étrange.

A ces déments, on a donné les noms de déments précoces catatoniques, hébéphréniques, paranoïdes.

Plus récemment, on a employé le terme de schizophrènes.

Les auteurs ont étudié plus particulièrement chez ces déments précoces, leur « autisme », leur « rêverie », leur « discordance ».

Le symptôme le plus général et qui leur est commun est la perte de l'affectivité.

Les manuels de psychiatrie décrivent chez ces malades une infinité de signes pathologiques. Mais, lorsqu'on analyse ces divers symptômes, on s'aperçoit que la plupart d'entre eux ne sont que l'expression mentale du même trouble fondamental : le trouble affectif.

Ces êtres ne ressentent plus ni joie, ni douleur; le réel et l'action ne paraissent plus conditionnés chez eux autrement que par la douleur et le bien-être physiques.

Chacun d'eux ne forme plus une personnalité homogène, mais semble plutôt représenter une dualité.

Leur « fond mental » continue à fonctionner automatiquement, pour son propre compte. Il « tourne à vide », pourrait-on dire, à la manière d'un moteur d'automobile désembrayé.

Il manque chez ces malades le trait d'union affectif indispensable entre l'âme et le corps. Et ce corps devenu indifférent résiste à toutes les tendances extérieures qui lui sont imprimées, toute action devenant désormais un effort douloureux. Ce « négativisme » ressemble davantage à une passivité qu'à une négation.

Existe-t-il une barrière infranchissable entre notre psychasthénique H..., qui vit en « affectivité réduite », mais qui souffre, qui s'intéresse à son sort, qui est encore partiellement dans le réel, et de tels déments, si indifférents qu'ils oublient de se nourrir et souillent leur lit?

Nous dirons tout d'abord que l'affectivité chez le dément précoce ne meurt pas; elle disparaît pour un temps, mais elle est susceptible de fonctionner à nouveau dans son intégrité, à la faveur d'une de ces étranges rémissions si souvent constatées, ou à la suite de certains traitements.

Telle malade, plongée dans le mutisme le plus complet depuis des mois, nourrie à la sonde œsophagienne et qui passait sa vie dans son lit, le regard obstinément tourné vers le mur, sur lequel elle traçait mécaniquement des croix avec ses excréments, depuis qu'elle vient de subir un traitement de plusieurs injections d'huile soufrée, sort de son mutisme, redevient normale, quitte l'asile pour revenir chez les siens, où depuis plus d'un an elle se comporte en jeune fille affectueuse et sensée.

La médecine mentale ne peut, dans l'état actuel de son évolution, nous renseigner exactement sur le siège et le

mécanisme de cette affectivité, dont le rôle est primordial.

Existe-t-il des lésions? Où siègent-elles?

A quelle pathologie viscérale ou humorale les perturbations du mécanisme affectif sont-elles dues?

Déjà, en 1909, le Docteur Serge Soukhanoff, de l'Université de Saint-Pétersbourg, dans un article paru dans les *Annales médico-psychologiques*, faisait la remarque suivante :

« En questionnant attentivement les personnes souffrant d'états psychiques obsédants, c'est-à-dire de psychasthénie, dans le sens de Pierre Janet et d'autres, très souvent il arrive de constater ce fait : que cette organisation congénitale est acquise des parents. Par exemple, le fils hérite de la mère un caractère scrupulo-inquiet et une tendance aux états obsédants, la fille reçoit la même chose du père, et de telles combinaisons se rencontrent plus souvent que la transmission du caractère psychasthénique de la mère à la fille ou du père au fils.

» Par conséquent, la psychasthénie, du moins dans la grande majorité des cas, n'est pas une affection occasionnelle, car elle prend son commencement chez l'individu donné dans les particularités neuro-psychiques congénitales, souvent transmises d'une génération à l'autre.

» En outre, de l'examen des familles où on rencontre des états psychiques obsédants, j'ai rapporté cette impression que, parmi leurs membres isolés, souvent il arrive de constater de la tuberculose sous l'une ou l'autre forme. Et la confirmation de cette supposition se trouve dans ce fait que la tuberculose et l'organisation psychasthénique sont très répandues. A mon grand regret, je ne puis confirmer cette circonstance par des données statistiques, qu'il est difficile de se procurer, puisqu'il est presque impossible, parfois, d'obtenir des renseignements justes sur bien des membres de certaines familles. Mais je me souviens bien d'un cas de ce genre qui s'est gravé dans ma mémoire, un cas où le malade atteint d'états psychiques obsédants très accen-

tués répondit, à mes questions sur son hérédité, que trois de ses plus proches parents souffraient de tuberculose indubitable. »

En 1911, le Professeur Bernheim, de Nancy, faisant une révision des chapitres des névroses remarquait :

« Le chapitre des névroses *sine materia* se rétrécit tous les jours. » Et plus loin, à propos des psychasthéniques : « Ceux qui consultent le médecin sont précisément ceux qui ne peuvent, en dépit du temps, des diversions, des exhortations morales, sortir de cet état.

» Ils ont une dépression nerveuse, permanente, avec aboulie, anxiété et souvent mélancolie; ils ont un sentiment de vague, de vide, de lourdeur ou des douleurs dans la tête; ils ont une lassitude générale et souvent d'autres symptômes tels que vertiges, bourdonnements d'oreilles, battements de cœur, dyspepsie flatulente, entérite, exagération des réflexes tendineux du pied et du genou, tous symptômes qui indiquent que la maladie peut être générale et non limitée au système nerveux.

» Cet état qui peut survenir spontanément, sans secousse morale, sans surmenage, est quelquefois continu, avec recrudescences et exacerbations; il est souvent périodique, durant plusieurs mois à un an et plus, pour guérir spontanément et revenir à échéance plus ou moins lointaine. Il en est d'elle comme des psychoses : c'est, à mon avis, une maladie générale, probablement autotoxique, comme les psychoses greffées souvent sur un fond natif constitutionnel. »

L'auteur concluait plus loin :

« L'absence de lésion constatable dans les maladies nerveuses ne suffit pas à les classer dans les névroses.

» Celles-ci doivent être caractérisées, en outre, par leur caractère clinique indiquant qu'il ne s'agit que d'un dynamisme fonctionnel pur et qu'il n'y a pas d'évolution anato-pathologique.

» Seules les psychonévroses, parmi lesquelles les crises d'hystérie, présentent ces caractères certains d'origine émo-

tive, susceptibles de guérison brusque, spontanée ou provoquée par le traitement psychique, susceptibles d'être reproduites expérimentalement; ces maladies sont certainement dues à des modifications purement dynamiques et fonctionnelles.

» La nature fonctionnelle des autres névroses qualifiées de ce nom par les auteurs n'est pas démontrée; elle est douteuse, de par l'évolution de ces maladies.

» La neurasthénie, la psychasthénie, la psychoneurasthénie, ne sont pas des psychonévroses, pas plus que les psychoses. »

Ainsi, de même que l'organique a été opposé au vésanique, les psychoses ont été opposées aux névroses.

La psychasthénie isolée et délimitée par Janet était peu après reconnue comme une maladie générale.

Certains remarquaient déjà la fréquence des antécédents tuberculeux chez ces malades et dans leur famille.

Actuellement, la notion d'une maladie toxi-infectieuse dans l'étiologie de la psychasthénie est acquise. En outre, les cliniciens tendent de plus en plus à rapprocher la psychasthénie de la démence précoce et de certaines formes de mélancolie anxieuse.

Comme nous l'avons fait remarquer au début de ce travail, la fréquence de la tuberculose sous ses diverses formes, chez les psychasthéniques et dans leurs antécédents familiaux, est si grande que le médecin est amené à lui prêter un rôle étiologique.

D'autre part, les Docteurs Claude Baruk, Bidermann, Albane, d'Hollander, Rouvray, Toulouse, et d'autres encore, multiplient leurs travaux tendant à démontrer le rôle d'un facteur tuberculeux dans la démence précoce.

Dès lors, il nous paraît logique que les degrés séparant la psychasthénie de la démence précoce puissent être franchis par le même malade.

Nous pensons que, dans ce cas, la route suivie par la démence est la suivante :

Une hyperémotivité constitutionnelle (que nous avons différenciée de l'émotivité normale dans le chapitre précédent); une enfance malade; un trouble de l'instinct dès le jeune âge; une tendance au rêve; après l'époque de la puberté, nous assistons à l'éclosion des obsessions et des angoisses et à la constitution du tableau psychasthénique dans son ensemble.

Ce syndrome psychasthénique nous paraît traduire la lutte de l'organisme affectif contre l'infection tuberculeuse.

Aussi cet état de psychasthénie peut-il être durable, chronique même, mais il est des cas où il dure peu, quelques mois seulement, après lesquels l'affectivité s'atténue de plus en plus, du moins dans les rapports du malade avec l'extérieur qui sont contrôlables par le médecin et lorsque les dernières angoisses disparaissent, le psychiatre s'aperçoit que son malade est inaffectif et déjà discordant.

Mais quel sera donc le signe psychiatrique révélant le mieux ce retrait de l'affectivité chez le psychasthénique et laissant prévoir le passage à la démence?

Certains phénomènes de dépersonnalisation et même une dépersonnalisation progressive nous semblent marquer un pas vers la démence précoce.

Mais il n'y a pas un symptôme défini de dépersonnalisation, il y a des dépersonnalisations diverses, plus ou moins rapides, plus ou moins complètes, plus ou moins définitives.

Cette malade, convalescente d'un accès de mélancolie anxieuse, est calme et ne délire plus. Elle pourrait revenir parmi les siens, mais elle ne l'ose, car elle éprouve l'impression très pénible de ne plus les aimer.

Lorsque sa fille vient la voir, elle ne dit pas : « Je ne reconnais pas ma fille », mais : « Je ne me reconnais pas moi-même ». Elle dit : « Je ne puis plus retrouver les sentiments d'affection que j'avais pour les miens », et elle s'effraye d'une pareille sensation, qui maintient chez elle de l'anxiété.

L'anesthésie morale douloureuse de cette mélancolique anxieuse n'est-elle pas une dépersonnalisation partielle?

En ce qui concerne la dépersonnalisation du psychasthénique, on en perçoit les premiers éléments dans l'obsession.

Nous pouvions lire dans la *Gazette du Sud-Ouest* du 1^{er} mars 1933 ces réflexions du Docteur Benon (de Nantes) : « Le phénomène de l'obsédance de certaines idées n'est pas un état psychologique d'ordre morbide; il y a une foule d'obsessions qui sont normales, en particulier dans les états émotionnels simples (chagrin, anxiété, énervement) et aussi dans les états passionnels (systèmes d'idées, d'émotivité et d'inclinations).

» On se demande même avec étonnement comment les livres de psychologie ne traitent pas de ces phénomènes propres à la conscience.

» A l'origine des délirés, l'obsédance d'idées spécialisées et cristallisées autour d'un fait donné est si intense qu'elle crée un état peut-être déjà pathologique... »

En effet, nous ne disons pas de cet inventeur souvent hanté par son idée et ses calculs : « c'est un aliéné », pas plus que de cet amoureux qui se complait dans le même système de souvenirs.

Mais lorsqu'une obsédance devient trop intense, elle crée un trouble profond de la personnalité, dans lequel le délire prendra naissance.

En quoi consiste ce trouble de la personnalité ?

Le Docteur Gilbert Ballet, dans son *Traité de pathologie mentale*, nous dit après avoir donné les principaux symptômes de l'obsession :

« Parmi ces symptômes de l'obsession, on considère d'ordinaire comme capital le fait de la conservation de la conscience.

» Il faut bien s'entendre sur ce point : qu'en dehors de la crise obsédante les malades aient conscience, se rendent compte de la nature pathologique de leurs idées obsédantes et des conséquences qu'elles peuvent avoir, c'est généralement vrai, mais c'est tout ! Et lorsqu'on parle de la conser-

vation de la conscience pendant la crise d'obsession, je ne crois pas que l'on puisse entendre par là que les obsédés aient la notion complète de tous les éléments psychiques constituant à ce moment-là leur personnalité individuelle, en un mot qu'ils conservent intacte leur conscience personnelle.

» C'est plutôt le contraire qui existe, de par la présence même de l'idée obsédante, constituée par un groupement de certains phénomènes psychiques, une synthèse secondaire qui, loin de l'assimiler à la synthèse principale représentant la conscience personnelle, lui apparaît comme étrangère, entre en lutte avec elle pour l'obnubiler toujours, l'effacer même parfois pendant un instant, soit que le malade cède à son idée, soit que celle-ci revête une forme particulière. »

Et, plus loin, le même auteur nous dit encore :

« ... cette division de la conscience dans l'obsession présente un caractère particulier d'être incomplète. Les faits psychiques qui constituent l'obsession ne sont pas totalement subconscients et indépendants; ils envahissent à chaque instant la conscience, se mêlant aux autres pensées, et c'est justement cela qui permet au malade de se rendre compte de ce qu'il éprouve et de s'analyser plus ou moins. »

Chez notre psychasthénique H... nous retrouvons aisément les deux synthèses dont parle le Docteur Gilbert Ballet :

La synthèse principale représentant la conscience et le réel.

La synthèse secondaire, celle du rêve et de l'obsession.

Ces deux synthèses, il est vrai, s'intriquent et se mêlent, et H... s'analyse encore parfaitement.

Qu'il nous soit permis cependant de faire la remarque suivante :

Il s'est formé dans la personnalité de H... une « synthèse secondaire », constituée par des systèmes de sensations, de sentiments, d'idées, tels que ceux du rêve et de l'obsession, précisément parce que la « synthèse principale », qui n'est

autre que la synthèse habituelle de la réalité, est devenue presque impossible au malade.

La conscience, les fonctions du réel, exigent des synthèses précises, réclamant l'intégrité des fonctionnements affectifs et psychiques.

Or, comme nous l'avons déjà dit dans le chapitre précédent, à la base des synthèses du psychasthénique, il existe un trouble de la « puissance instinctive », et ses synthèses sont inachevées, imprécises, insuffisantes; aussi aboutissent-elles à du rêve, non à du réel.

Si tel psychasthénique anxieux, obsédé, angoissé, qui ne peut vivre dans son milieu habituel, se montre dans certains domaines particulièrement brillant et est capable d'admirables synthèses dans ce domaine, soyez assuré que les systèmes de sensations, d'images, d'idées qui lui servent dans ce cas sont rattachés de très près et depuis longtemps à son rêve obsédant ou à un de ses « rêves de prédilection ».

C'est pourquoi ces systèmes s'ordonnent d'eux-mêmes si parfaitement dans la pensée du psychasthénique.

Le symbolisme nous aide bien souvent à en percevoir les attaches. Il y a là tout un monde d'imagination dans lequel le psychasthénique se rejette puisque le monde de l'action et du réel lui sont devenus trop difficiles.

Et on conçoit que certains psychasthéniques puissent être de véritables artistes.

Ces systèmes devenus habituels seront les derniers dont l'affectivité se retirera (si elle doit disparaître) et nous les retrouverons chez le dément précoce sous la forme de stéréotypies du langage.

En ce qui concerne H... nous avons vu son affectivité se retirer peu à peu d'un grand nombre de réalités journalières et se reporter sur les éléments de son rêve — « les synthèses secondaires » tendant à devenir les « synthèses principales » — jusqu'au jour où la conscience si longtemps effacée par l'obsession ne peut plus permettre au malade de s'analyser convenablement. Il se sent alors « étrange », même dans son milieu habituel. Cette impression d'étrangeté est si in-

tense quelquefois que le psychasthénique ne reconnaît plus les siens.

H... désignait son père par l'appellation de : « l'homme maigre ».

Il est un signe morbide qui prend alors un certain intérêt : c'est l'effort plus ou moins durable que va tenter le malade pour retrouver sa personnalité, pour se maintenir « lui-même ». Par une analyse, une introspection constante, il va rechercher son équilibre et s'inquiéter de ne pas y parvenir. Cette lutte, si elle est longue, est d'un pronostic favorable, car elle marque le pouvoir plus ou moins grand de la personnalité à maintenir son unité.

Il est facile de concevoir de tels mécanismes quand il s'agit des opérations de l'intelligence, l'intelligence étant (nous dit Janet) l'adaptation aux choses du dehors grâce à nos mouvements dans l'espace « et pouvant être facilement présentée comme une complication de la conduite, surtout quand on donne une importance suffisante au rôle du langage ».

Mais lorsqu'il s'agit de « faits purement internes, sans rapports précis avec des mouvements déterminés », — et tels sont les sentiments, — que pouvons-nous concevoir ?

Beaucoup de psychologues tendent à considérer les sentiments comme des régulateurs de l'action. Ils nous disent :

« Le sentiment ne peut pas être, comme les perceptions ou les idées, une forme, un extrait de telle ou telle action particulière; il se présente comme une qualité, un ton qui peut s'appliquer à toutes sortes d'actions différentes et qui, au moins en apparence, ne change pas la nature de l'action. »

Sur cette échelle qui va de la perception à l'idée claire, et inversement de l'idée claire à la perception, nous ne pouvons concevoir réellement que la partie se rapportant aux choses du dehors, qui nous est révélée par le langage, l'écriture, les échanges et les comportements des hommes; mais à propos de l'autre partie (celle qui se rapporte aux faits purement internes) nous ne pouvons faire que des suppositions.

Cependant, tout nous porte à penser que lorsque ce « ton », cette « qualité », que l'on lui donne le nom de « sentiment » ou de « tonalité affective », se retire de la plus grande partie des opérations psychologiques « extérieures » qui tombent sous notre critique, elle se retire également de la partie plus obscure se rapportant aux faits internes de la personnalité.

Peut-être même l'affaiblissement affectif commence-t-il d'abord dans ce domaine plus ou moins conscient que les mots sont impuissants à exprimer.

Ainsi cette diminution affective se traduirait chez nos psychasthéniques, dans le domaine de l'intelligence et des rapports extérieurs, par une impression d'étrangeté; dans le domaine de l'émotion et de la sensation, par des impressions de vide, d'irréel, de brouillard, de déformation corporelle, de dévalorisation.

P. Janet a étudié plus particulièrement ce sentiment du vide chez les psychasthéniques, nous ne pouvons transcrire ici ses discussions, mais nous pouvons dire que tous les psychasthéniques en voie de dépersonnalisation traduisent des impressions à peu près semblables.

« Je suis comme dans un brouillard », nous dit H... « Il me semble que cette main n'est pas la mienne, je ne me reconnais plus... »

Chaque visite de ses parents amène de nouvelles angoisses. H... cherche en vain à se retrouver « elle-même » en présence des siens. Ni le mot « parents » ni la vue de ses parents n'éveillent en elle un écho affectif.

On lui a annoncé il y a quelques jours la mort de sa grand-mère qu'elle aimait beaucoup et par qui elle fut élevée.

Ce grand chagrin, pensait-on, ce choc émotionnel pouvait ramener H... dans le réel et dans sa personnalité. Il n'en fut rien. Certes H... témoigna du chagrin, mais elle nous disait quelques jours plus tard : « C'est affreux, je ne puis pas pleurer ma grand-mère. Autrefois j'aurais eu un chagrin beaucoup plus grand. »

Ainsi H... recherche en vain sa personnalité réelle, rien ne peut la lui donner.

C'est pourtant dans ce but, mais en vain, qu'avant son entrée à Picon elle essuya 52 séances de « passes magnétiques » chez un guérisseur, magnétiseur de notre ville, 14 chez un second et 10 chez un troisième.

Sans doute avec une pareille « vitalisation des plexus », s'il y avait eu chez H... le moindre pithiatisme, elle eût certainement guéri.

Nous avons dit précédemment que nous pensions pouvoir regarder comme un signe morbide psychasthénique cette analyse systématique, cette perpétuelle introspection que réalise le malade qui cherche anxieusement à se « retrouver lui-même ».

Ne pourrait-on rapprocher de ce signe celui du « miroir », décrit par quelques auteurs et qui se rencontre presque toujours chez les psychasthéniques, les déments précoces au début et les anorexiques mentaux ?

Nous savons que H... passait des heures entières devant son miroir comme si la vue de ses propres traits la rassurait et apaisait son anxiété.

Claudine, la malade de P. Janet, disait, lorsqu'elle prenait son repas :

« Voici que je m'en vais tout d'un coup, ce n'est plus moi qui tiens la fourchette, donnez-moi une glace que je cherche à me reconnaître. »

Cette jeune fille au teint pâle, aux cheveux roux, suspecte d'infection tuberculeuse, et dont le père est soigné pour tuberculose pulmonaire, est entrée dans la démence précoce depuis quelques semaines. Elle vient au parloir voir ses parents, les reconnaît, leur dit quelques mots, puis, apercevant la glace au-dessus de la cheminée, elle se précipite et se contemple minutieusement. Elle met une main de chaque côté de son visage et regarde ainsi fixement, au plus profond de ses yeux.

Si la dépersonnalisation est, dans sa nature, toujours identique, il semble qu'elle diffère avec chaque malade dans son mode d'apparition.

Il arrive que des phénomènes de dépersonnalisation plus ou moins marqués soient « primitifs », pourrait-on dire, et apparaissent dès le jeune âge en même temps que se fait jour le trouble de l'instinct. C'est un de ces exemples que nous trouvons dans l'observation suivante :

OBSERVATION VI.

Phénomènes de dépersonnalisation apparaissant dès le jeune âge.

Mlle E... est âgée de 33 ans, grande, mince, presque maigre, elle a des gestes gauches, un peu lents et surtout sans souplesse, malgré la gymnastique suédoise qui lui est imposée chaque matin à l'Asile.

Son visage sans caractère, aux yeux et aux cheveux de nuances neutres, a gardé quelque chose d'un peu enfantin.

Il demeure fermé, lèvres closes, lorsque la malade n'est pas en confiance; au contraire, en face d'un interlocuteur qui lui est familier, la physionomie de E... prend une certaine mobilité, mais sa mimique est souvent faussée par de menues contractions de ses muscles du sourcil gauche, traduisant chez la malade une nuance d'inquiétude.

Elle parle d'une voix très basse, monotone et lente. Elle nous raconte que son incessante préoccupation est la peur des microbes qui la pousse à multiplier de minutieux lavages de son corps et de ses mains.

Cette malade est entrée à l'Asile le 2 mars 1933, mais elle était depuis longtemps suivie par M. le Professeur Perrens et elle a déjà séjourné dans d'autres maisons de santé.

Née de parents en apparence bien portants, E... a une sœur soignée pour pleurésie, un frère suivi par des médecins aliénistes pour de l'anxiété et de la dépression mentale.

Personnellement, E... a eu une enfance des plus délicates et elle porte encore à la base du cou la cicatrice apparente d'une suppuration ganglionnaire vraisemblablement tuberculeuse.

Elle eut diverses maladies infectieuses et est sujette à de fortes et fréquentes angines (elle fut suivie par le Docteur Saint-Philippe pour pleurite).

Ces dernières années furent marquées chez elle par l'apparition de diarrhées sanglantes, qui furent diagnostiquées dysenterie, soignées comme telles et dont E... est d'ailleurs mal guérie.

L'apparition du trouble mental dont nous voulons parler remonte chez elle à son enfance, aux environs de 7 à 8 ans. Elle n'en prit vraiment conscience qu'à l'âge de 12 ans, époque à laquelle elle fut réglée normalement.

Après beaucoup de réticences, E... nous conte l'épisode suivant :

« J'étais petite fille et déjà très souvent travaillée par « mes sens ». Le soir, lorsque ma mère m'avait mise au lit, je demeurais éveillée. Il se produisait alors en moi un étrange phénomène : je me voyais moi-même aller et venir auprès de mon lit sous l'aspect d'un petit garçon de mon âge. Ce fait se reproduisait souvent, mais le souvenir de ces premières représentations est resté en moi très imprécis.

» Plus tard, vers 12 et 14 ans, ce même fait se reproduisit avec une plus grande netteté. C'était bien moi qui évoluais sous l'aspect de petits garçons de mon âge. Ces petits garçons n'étaient pas toujours semblables et je pouvais les faire disparaître ou apparaître à mon gré. »

E... nous avoue plus difficilement encore que ce petit garçon, sous la forme duquel elle se voyait, était le plus souvent entièrement nu, et possédait tous les attributs de garçon, tels du moins que pouvait les concevoir son imagination de fillette.

Il se livrait alors sur lui-même à des gestes si précis que E... en éprouvait de véritables sensations voluptueuses.

Ainsi E... pouvait à son gré dédoubler sa propre personnalité en s'incorporant aux diverses apparences extérieures de petits garçons, auxquels elle faisait accomplir le geste coupable que sa conscience de fillette scrupuleuse lui interdisait.

Il lui arrivait même de favoriser ce dédoublement plusieurs fois par nuit et quelquefois dans le courant de la journée lorsqu'elle demeurait seule à rêvasser.

Ces pratiques d'onanisme par représentations psychiques devinrent chez E... de véritables et déprimantes habitudes.

Lorsque E... fit sa première communion, ce fut pour elle l'occasion d'une crise de scrupules, et voici ce qu'elle a écrit elle-même à ce sujet :

« Les scrupules au sujet de mes confessions commencèrent à troubler ma vie. Ils devinrent peu à peu plus forts et plus fréquents, puis ce fut la peur du sacrilège, j'avais peur de laisser tomber l'hostie, de ne pouvoir l'avalier, je voyais des parcelles d'hostie sur mes vêtements, je n'osais plus entrer dans une église, je voyais partout des hosties, dans la rue, le moindre morceau de papier blanc augmentait mes craintes; cette obsession fut si forte qu'un prêtre m'obligea de cesser toute pratique religieuse.

» Les rêves que je faisais dans mon enfance devenaient plus fréquents, je les recherchais avec plaisir, je ne pouvais plus m'en passer. C'est alors que ces rêves me parurent anormaux et commencèrent à troubler ma conscience. »

Ajoutons qu'à cette époque E... demeura un mois entier dans sa chambre sans vouloir en sortir.

Avec l'expérience, elle prenait conscience de ce que de telles représentations suivies de sensations voluptueuses avaient d'anormal et elle pensa qu'elle se voyait ainsi sous la forme d'un garçon parce qu'elle était homo-sexuelle.

Cette idée devint chez elle de plus en plus tenace et on imagine facilement combien une semblable obsédance peut troubler les rapports familiaux et sociaux d'une jeune fille de 17 ans émotive et scrupuleuse.

En effet, pourquoi E..., dans ce trouble de sa personnalité, se voit-elle précisément « en garçon » ?

Doit-on penser que c'est là le moyen choisi par l'imagination d'une fillette scrupuleuse et en mauvaise santé poussée à s'onaniser ? Ne faut-il pas, au contraire, rapprocher ce fait de faits analogues bien souvent rencontrés chez d'autres psychasthéniques ?

Il nous souvient d'une jeune psychasthénique anorexique mentale qui séjourna quelque temps à l'Asile Château-Picon, et qui, depuis l'âge de la puberté, se comprimait fortement les seins, tant était grand son désir d'être un garçon.

Ces phénomènes ne sont qu'une des faces d'un « complexe », diront les psychanalystes.

Certes, chez H..., chez E..., et aussi dans le cas de notre anorexique mentale, il paraît y avoir des complexes.

Mais ces complexes ne peuvent expliquer les troubles affectifs ni ceux de la personnalité; ils semblent seulement traduire un trouble de l'instinct résultant d'une maladie générale héréditaire.

La psychanalyse et son symbolisme si intéressant pour comprendre de tels malades et obtenir leurs confidences ne donnent dans la psychothérapie des psychasthéniques que des résultats bien incertains.

Au contraire, tous les traitements reconstituants et désinfectants, agissant sur l'état général de ces malades, apportent des résultats souvent très appréciables.

Le trouble de l'instinct serait donc fondamental et le complexe variable avec chaque malade suivant les circonstances familiales et sociales.

A cet égard, nous pourrions remarquer combien l'interrogatoire de ces malades révèle au médecin les étranges conceptions de certaines familles, en ce qui concerne l'éducation des enfants.

Pourquoi ce psychasthénique, alors qu'il était enfant, fut-il confié à des domestiques peu scrupuleux et assista-t-il à des faits qui eurent un retentissement déplorable sur son imagination ?

Pourquoi cette fillette couchait-elle si près de l'alcôve de ses parents ?

Que penser de cette petite fille de santé délicate, dont les joues pâles, les yeux trop grands, font songer à une tuberculose que semblent révéler de nombreux ganglions. Ses parents ne s'étonnent-ils pas de la voir demeurer des heures entières immobile et rêveuse ?

Pourquoi ne va-t-elle pas jouer au grand air avec les enfants de son âge ?

Elle est là dans un coin de la pièce ne perdant pas un mot de

ce que disent les « grandes personnes » qui oublient sa présence et parlent trop librement.

Elle met au service d'une curiosité pathologique une sensibilité aiguë et faussée et une imagination trop ardente.

« A 18 ans, nous dit E..., une nouvelle crainte succéda à cette grande crise religieuse; j'avais peur de la rage, je n'osais plus caresser les animaux qui étaient chez moi et j'évitais avec soin tous ceux que je ne connaissais pas.

» Avec cela, un ennui terrible gâchait ma vie; j'avais peu d'amies, peu de distractions, pas d'occupation, une instruction fantaisiste, reçue chez moi, me donnant peu de goût au travail et laissant mes pensées libres de suivre leur cours.

» Vers l'âge de 20 ans, de nouvelles connaissances, faites à l'occasion du mariage de mon frère, vinrent apporter un peu de gaieté dans mon existence.

» Je songeais même, à ce moment-là, au mariage. Avoir un foyer, des enfants, était pour moi le véritable but de ma vie. Malheureusement, le jeune homme vers lequel mon amitié s'était portée appartenait à une famille où la tuberculose était héréditaire.

» Des craintes nouvelles au sujet de cette maladie mirent un trouble dans ma joie.

» Puis, des ennuis, une brouille avec cette famille, firent bientôt cesser nos relations, et je retombai dans mes rêveries. Durant cette période, je ne pensais plus à mes anciens rêves, je vivais ma vie avec plaisir. Dès que je fus retombée dans ma solitude, les rêves me reprirent et je les recherchais avec plaisir.

» Mais d'avoir vécu pendant un certain temps une vie normale et de sentir que j'allais retomber dans ces rêves anormaux, je fus désespérée, je me croyais un être extraordinaire, une sorte de monstre.

» Puis ma grande crise commença. Un certain jour, ayant à mon lit une couverture et possédant certains objets et meubles qui venaient d'une tante morte d'un cancer, l'idée obsédante que ces affaires n'avaient pas été désinfectées fit naître en moi la peur intense de cette maladie.

» La vue du sang m'effrayait aussi beaucoup. Quand j'étais indisposée, j'avais peur du sang de mes règles.

» Pour apaiser toutes ces craintes, je me livrais à des lavages nombreux des mains et des parties du corps que je supposais susceptibles d'être contaminées par ces microbes ou ce sang.

» Mes vêtements et mon linge subissaient aussi de nombreux lavages, j'étais arrivée à ne plus pouvoir rien toucher.

» Ces derniers temps, une nouvelle obsession apparut : j'avais peur de me mouiller, je n'osais pas marcher ni remuer, je passais des heures à regarder mes vêtements pour voir s'ils n'étaient pas salis ou mouillés.

» Mes rêves, qui avaient repris, s'espacèrent petit à petit, pour disparaître presque complètement, et je restais l'esprit absorbé par mes obsessions et mes erreurs. »

E... eut, en outre, très souvent des sensations qui lui parurent bizarres, telle que celle de ne pas sentir ses jambes en montant un escalier. « Il me semblait que j'avais des ailes, nous dit-elle, je ne sentais pas les marches que je gravissais. »

C'est dans cet état que E... entre au Pensionnat de l'Asile Château-Picon, sur les instances de M. le Professeur Perrens, qui rédige alors le certificat suivant : « Mlle E... est atteinte de troubles mentaux caractérisés par de nombreuses phobies, parmi lesquelles la phobie des microbes tient la première place et l'oblige à ne penser qu'au moyen de se préserver, à multiplier les lavages de son corps et de ses mains, au point qu'elle ne se livre à aucune autre occupation et passe ses journées et une partie de ses nuits à se savonner.

» De temps en temps surviennent de grands accès d'agitation anxieuse, principalement à l'époque de ses règles.

» Cette agitation s'accompagne d'une idée délirante, toujours la même, qui lui fait croire avec certitude que le sang qu'elle répand n'est pas le sien, mais celui d'une cancéreuse.

» Le 3 mars 1933. »

E... se plaint encore actuellement de spasmes douloureux de l'estomac et de l'intestin, de palpitations et de sensations de torsion du cœur, mais son angoisse, malgré tout, est moins vive qu'autrefois.

Par contre, les lavages demeurent aussi fréquents.

Lorsqu'on interroge E... au sujet de ces ablutions répétées, on s'aperçoit que le fait de laver ses mains et son corps fut tout d'abord pour elle une sorte d'impulsion dont la réalisation apportait une cessation momentanée de son angoisse. Mais plus E... avance dans sa maladie, plus son geste ressemble à une habitude plutôt qu'à un désir.

Cet acte, cette agitation motrice exprimant au dehors une excitation intellectuelle, ressemblaient assez à l'origine à un « raptus », car c'est sans doute à la faveur du désarroi de l'émotion, de l'obsession du microbe et de l'angoisse que se produisirent ces gestes irréfléchis de se laver les mains et le corps.

Maintenant, ces gestes, ces mouvements coordonnés, qui ont eu comme point de départ une idée, semblent de plus en plus se détacher de cette idée initiale et devenir une habitude automatique, une stéréotypie.

Nous relevons donc dans la maladie de E... les étapes suivantes :

Un rêve éveillé avec des impressions de dépersonnalisation, aboutissant à la satisfaction anormale d'un instinct sexuel troublé;

Une résistance de l'être conscient à ces perturbations de l'instinct;

L'apparition de phobies, d'obsessions, d'angoisses;

Puis, des idées délirantes, un affaiblissement progressif de l'affectivité dans son ensemble et l'apparition d'habitudes automatiques.

Certes, même si nous le pensons, nous n'avons pas encore le droit de dire : cette malade est une démente précoce. Mais devons-nous vraiment mettre sur le compte de la timidité ou de l'anxiété un ralentissement de la pensée aussi marqué que celui de E... ?

Dans les observations précédentes, nous assistons à la lutte, à la résistance, tenace et peut-être non désespérée, de la personnalité consciente s'opposant à la progression vers la démence.

Mais il est des malades qui présentent, lorsque disparaissent leurs dernières angoisses, de véritables défaillances

dans le jeu de leur affectivité et de leurs facultés intellectuelles.

L'apparition de ces intermittences dans le jeu de l'affectivité et de la pensée marque mieux que tout autre symptôme les premiers pas du malade dans la démence précoce. C'est un de ces exemples que nous voulons donner dans l'observation suivante :

OBSERVATION VII.

La démence précoce se confirme, apparition du déficit affectif.

M... est une jeune femme âgée de 27 ans. En la voyant, on penserait qu'elle en a 13, et les autres malades l'appellent parfois, la « poupée... »

Un visage rose, pas de traits, une bouche trop petite, un système pileux d'hypothyroïdienne, des yeux ni bleus ni gris, une expression un peu mièvre, une taille moyenne, à peu près bien proportionnée, telles sont les principales caractéristiques du physique de M...

Nous n'avons pu obtenir de renseignements précis sur ses antécédents familiaux.

Nous savons, par contre, que M... est née à terme, qu'elle a eu une enfance très délicate. Elle fut réglée à 12 ans normalement, mais cette époque de sa vie est marquée par l'apparition sur son corps de plusieurs énormes plaques de psoriasis, l'une de ces plaques couvrant toute la face antérieure du genou droit.

Si nous adoptons l'interprétation de certains dermatologistes, tels que Schneidewing, qui voient dans le psoriasis une tuberculide guérissable par l'antigène méthylique, nous sommes enclin à penser que M... fait une tuberculose plus ou moins larvée dont la signature apparut à l'âge de 12 ans.

A 16 ans, M... se montre si triste, si isolée, si malheureuse en classe, au milieu des autres enfants de son âge, que ses parents doivent l'en retirer et la garder chez eux.

Cette apathie, cette tendance au rêve et à l'isolement, ces lar-

mes si faciles, cette tristesse si persistante, inquiètent ses parents, et comme M... atteint ses 18 ans, ils croient bien faire en la mariant.

Elle ne paraît ni plus heureuse ni mieux portante. Elle pleure sans cesse et néglige son ménage.

Durant l'année qui suit son mariage, elle fait une première fausse couche de quatre mois, suivie d'une opération au sein; on doit lui inciser un abcès. A 20 ans, elle fait une deuxième fausse couche de deux mois.

Elle a en outre, à cette époque, de violentes crises de coliques hépatiques, trois ou quatre fois par an. A 22 ans, elle fait un ictère avec fièvre assez grave.

Elle se montre anxieuse et découragée et laisse voir des signes de la série psychasthénique.

Timide et honteuse, doutant d'elle-même, elle se croit laide et ridicule.

« J'étais toujours mal habillée », nous dit-elle, « il me semblait que mes amies se moquaient de moi. Je me sentais laide et ridicule, toujours en état d'infériorité sur les autres. Mon mari ne me comprenait pas, il riait de mes craintes. Ma belle-mère m'imposait des parents que je ne voulais pas voir, je m'enfermais dans ma chambre, je rêvais et je pleurais, je me reprochais souvent de ne pas savoir bien diriger mon ménage. On me traînait partout sous le prétexte de me distraire, et cela ne faisait qu'augmenter encore mon anxiété et ma détresse morale. »

M... a alors des idées obsédantes et des obsessions douloureuses.

Elle est obsédée par l'idée que son mari ne l'aime pas parce qu'elle est laide.

Ses vaccins sont trop apparents sur son bras. Sa bouche est trop petite. Depuis son opération, elle est hantée par la pensée qu'elle a un sein plus gros que l'autre et aussi par la peur d'avoir un cancer.

Ces diverses obsessions durent ainsi pendant deux années.

Les parents et le mari de M... ne pouvant l'accompagner et voulant la distraire cependant, la confient à des amis pour passer un mois au bord de la mer.

Ce séjour semble avoir eu un grand retentissement dans la vie affective de M... Malheureusement, elle ne nous donne actuellement aucun renseignement précis sur ce qui s'est passé alors, et sa famille n'est pas au courant.

M... revient de ce séjour avec des idées de culpabilité. Elle s'accuse d'une faute grave qu'elle aurait commise, mais qu'elle ne veut avouer.

L'anxiété et les obsessions de M... redoublent alors et des crises d'angoisses apparaissent.

Elle se plaint de « palpitations de cœur » et de « contractions d'estomac ». Elle demeure des jours entiers dans sa chambre, se confinant au lit et incapable d'aucune activité. Elle avait des « crises de nerfs », disent ses parents.

Son mari demande alors le divorce et M... revient chez ses parents.

Ces derniers constatent bientôt que M... devient de plus en plus indifférente. Elle ne répond plus aux questions qu'on lui pose, elle ne s'intéresse plus aux événements de la famille.

Elle passe de longues heures devant sa glace à considérer « la couleur de ses yeux, qui s'éclaircissent de plus en plus », disait-elle.

Elle se sentait bizarre, étrange.

Un jour, au cours d'une de ces stations prolongées devant son miroir, la petitesse de sa bouche, qui l'avait obsédée autrefois, lui semble intolérable; elle prend une lame de rasoir et se fait deux petites incisions aux commissures des lèvres.

A la suite de cet incident, elle est examinée par des médecins aliénistes qui, étant donné le sentiment de bizarrerie éprouvé par la malade, la dépression, l'irritabilité dont elle fait preuve à l'égard de ses parents, la discordance générale qui existe dans sa manière d'être, les éclats de rire inexplicables apparaissant au cours de l'examen, portent le diagnostic de démence précoce.

C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'Asile Château-Picon dans les premiers jours de février 1933, où le certificat suivant est établi par les soins de M. le Professeur Perrens :

« Cette malade présente des troubles mentaux caractérisés par :

» L'intermittence des opérations intellectuelles, qui sont d'ailleurs ralenties.

» La pauvreté des idées exprimées et des souvenirs fragmentaires, mal reliés entre eux.

» De l'indifférence, tant pour sa situation présente que pour son passé et son avenir.

» De l'apathie, un défaut complet d'activité, en rapport avec le peu d'intérêt qu'elle porte à la vie pratique.

» Par des crises d'excitation dont la malade parle spontanément. »

Un deuxième certificat est établi au mois de mars 1933 dans les termes suivants :

« Cette malade présente un syndrome caractérisé par : du ralentissement de la pensée et surtout de l'intermittence dans le jeu de la pensée; une grande difficulté à coordonner et à développer ses idées et ses souvenirs; de l'indifférence, de l'apathie, l'impossibilité de s'occuper à quoi que ce soit; des préoccupations hypochondriaques variables. »

Les étapes suivies par la maladie de M... ont donc été les suivantes :

Une enfance délicate, une sensibilité pathologique, des scrupules, de l'inquiétude, de l'apathie, du rêve, de l'anxiété, des obsessions, de l'angoisse; puis, des bizarreries, des impressions d'étrangeté, des discordances, du ralentissement de la pensée, en un mot, la constitution lente et progressive d'un trouble profond de l'affectivité.

Nous voulons transcrire ici une des lettres que M... écrit de temps en temps à ses parents :

« Le 12 mars 1933.

» Ma chère Maman,

» Ne sois pas inquiète, je suis mieux. Depuis deux jours, je me lève l'après-midi et vais me promener dans le parc. Je suis très fatiguée, on me fait une piqûre tous les matins, mais je n'ai plus aucune neurasthénie.

» Je prends mes repas dans ma chambre. On ne m'a pas encore permis de coudre, mais j'espère être vite remise. Je m'ennuie déjà beaucoup, la plupart des personnes qui sont ici sont très malades au point de vue mental.

» Il me tarde d'être revenue parmi vous. J'espère que je serai complètement guérie dans quelque temps. Ecrivez-moi le plus souvent possible; je voudrais bien partir d'ici à la fin du mois si le docteur le reconnaît.

» S'il faut que je reste ici plus longtemps, venez me voir; il faudra peut-être me porter ma robe verte, mes pantoufles bleues et mon châle.

» Je ne veux pas que tu achètes le châle en question, je préférerais acheter une veste.

» On m'a donné mon ensemble en tricot bleu. J'ai un peu pensé à mes achats pour l'été suivant. J'aimerais bien trouver une situation, mais il faut pourtant que je supporte un séjour ici qui ne sera pas trop long, espérons-le.

» Je t'embrasse très fort, ma chère Maman. Bons baisers à papa. J'espère vous revoir bientôt.

» M...

» P.-S. — Tu dois avoir des couveuses, il faudrait les bien traiter. »

La lecture de cette lettre, par ailleurs bien écrite, avec une orthographe et une ponctuation correctes, peut-elle faire présumer de la gravité de la maladie mentale actuelle de notre malade ?

M... y apparaît comme une jeune femme sensée et affectueuse. Elle cherche à rassurer sa mère inquiète, elle décrit aux siens ce qu'elle fait à l'Asile; elle parle de sa guérison, qu'elle désire. Elle exprime le souhait de retourner bientôt parmi les siens. Elle se préoccupe de ses robes et de ses toilettes. Elle fait des projets pour l'avenir. Elle rappelle même à sa mère de menus détails au sujet de l'élevage des poulets dont elle s'occupait à la campagne.

Par contre, faites parler M..., observez sa mimique, son regard, ses gestes, guettez avec patience ses réponses, insistez longuement pour obtenir dans ces réponses quelques précisions. Faites appel à cette affectivité qui diminue et s'oriente de telle sorte qu'elle devient pour vous impénétrable, et bien vite toute l'étendue du trouble mental vous apparaît.

Il n'y a donc pas chez M..., de même, nous semble-t-il, que chez

la plupart des déments précoces au début de leur maladie, concordance entre l'expression écrite et l'expression parlée.

L'écriture, le style, la composition ne peuvent encore traduire l'état mental pathologique, alors que la voix, les nuances du verbe, le ton, la parole, fidèles et élémentaires traducteurs des sentiments et de la pensée, sont profondément modifiés et leurs anomalies soulignent l'atteinte première et profonde de l'affectivité.

Devant un pronostic aussi sévère que celui de cette hébéphrénie, et malgré la notion des obsessions et des angoisses anciennes, un traitement d'injection d'huile soufrée a été entrepris pour M...

Dès la quatrième injection, les énormes plaques de psoriasis s'éclaircissaient très sensiblement.

Actuellement, la malade vient de recevoir sa dixième injection : son psoriasis est complètement blanchi, et nous pensons que la série de stovarsol sodique que nous allons commencer provoquera sa disparition définitive.

Au point de vue mental, M... est très améliorée. Elle est beaucoup moins indifférente, répond avec plus de vivacité et d'exactitude aux questions posées et peut-être faut-il espérer pour elle, sinon une guérison, du moins un ralentissement de sa déchéance.

Ainsi le passage du syndrome psychasthénique à la démence précoce confirmée semble marqué par la disparition des obsessions et des angoisses et par l'apparition d'un trouble affectif plus profond que traduisent de l'indifférence, du sentiment d'étrangeté, des bizarreries, de l'intermittence dans le jeu de la pensée, des habitudes automatiques.

Mais certains malades pénètrent assez loin dans la démence précoce en conservant la plupart de leurs symptômes psychasthéniques.

Ces derniers symptômes et les symptômes démentiels alternent alors et même se chevauchent, donnant à la maladie mentale une physionomie des plus curieuses.

Nous voulons présenter un de ces exemples dans l'observation suivante :

OBSERVATION VIII.

*Exemple de persistance partielle du syndrome psychasthénique
chez un dément précoce.*

G... est un garçon de 30 ans, grand et fort. Depuis quelques années, il a pris beaucoup d'embonpoint. Il est légèrement bedonnant; son visage, qui rappelle celui des hypothyroïdiens, est gras et pâle, ses sourcils sont mal dessinés, ses cheveux, ni blonds ni bruns, sont clairsemés et laissent le front très dégarni. Sa mimique est pauvre, ses réponses très lentes, ses phrases inachevées et souvent imprécises.

Nous avons recueilli quelques renseignements sur ses origines : G... est un enfant naturel.

Son père est mort jeune, d'une tuberculose pulmonaire, et soignait en outre, depuis longtemps, une syphilis avérée.

G..., son fils unique, fut élevé par sa mère et sa grand'mère, qui, l'une et l'autre, paraissent en bonne santé.

Dès son enfance, nous disent les siens, G... parut bizarre.

Il mène une vie de solitude; dès qu'il se trouve avec les enfants de son âge, il se sent mal à l'aise, il frissonne. Aimable et doux, il aime la lecture et les livres et se montre particulièrement ordonné.

En classe, la directrice de l'école le trouve « spécial », et pour lui faire plaisir le prend avec elle afin de le faire travailler.

Il apprend facilement et laisse voir une bonne mémoire. Sa curiosité et son désir de s'instruire sont grands. A 4 ou 5 ans, il dit à son grand-père : « Fais-moi voir les étoiles et apprends-moi leur nom. »

Il n'est pas triste, à moins qu'on lui fasse quitter sa mère et sa grand'mère. Lorsqu'il lui arrive de casser un objet, il se lamente : « Pourquoi suis-je si maladroit? »

Pendant les orages, il montre un visage décomposé et se cache dans les coins. En classe, il est le souffre-douleur de ses camarades, qui le pincant, le battent, sans qu'il réagisse. Il ne se plaint

point de cela chez lui « pour ne pas faire de peine à sa mère », dit-il.

A 10 ans, le spectacle de la nature, le coucher de soleil sur la mer, à Biarritz, le ravit et lui met des larmes dans les yeux.

A 11 ans, il passe son certificat d'études très facilement.

De 11 à 14 ans, il prépare l'Ecole supérieure de commerce.

Il donne alors quelques inquiétudes à sa mère. Le professeur disait de lui : « G... est très drôle, les choses simples, il ne les sait pas, d'autres, plus compliquées, il les sait. »

A 14 ans 1/2, il entre à l'Ecole de commerce. Il fait alors une « crise de neurasthénie », dit sa mère. Crise qui dure un an. Il se trouve anormal, se croit inférieur à tous ses camarades, s' imagine poursuivi par des hommes qui lui veulent du mal.

Il est alors soigné à l'Hôpital Saint-André par le Docteur Régis (père), qui fait à son sujet une clinique.

G... est alors triste, s'explique très mal, ne veut questionner personne. On l'envoie six mois à la campagne où il mène une vie végétative.

A 15 ans 1/2, il entre à la Mairie de Bordeaux pour y occuper un emploi de manœuvre à la section des poids et mesures.

Craintif, hésitant, ne montrant aucune initiative, il souffre beaucoup, nous dit-il, du contact avec les autres manœuvres. Il les trouve grossiers; il se reproche d'occuper un si petit emploi. Il pense qu'il aurait pu faire beaucoup mieux. Il s'isole et se décourage.

A 17 ans, il fait un nouvel accès dépressif qui dure six mois, pendant lesquels il fait preuve d'un découragement absolu.

A 18 ans, comme il fait partie d'une société de gymnastique, il se rend le soir à la salle d'exercice. Un jour, en revenant du gymnase, il est entraîné par ses camarades dans une maison publique. Il s'aperçoit alors qu'il est affligé d'un phimosis qu'il doit faire opérer quelques jours plus tard par le Docteur Pousson.

La vie sentimentale de G... n'est pas alors, pour lui, un grand sujet de préoccupation. Néanmoins, il se sent parfois irrésistiblement poussé vers les femmes et n'ose leur parler. « Parler de mes sentiments à une jeune fille ou à une femme me semblait un

monde », nous dit-il. Il s'onanise assez souvent, sans toutefois en prendre l'habitude.

A 19 ans, il est appelé au conseil de révision et pris bon, malgré un certificat du Docteur Anglade. Il part pour dix-huit mois et va en occupation en Allemagne.

Il écrit alors à sa mère des lettres désespérées, disant « qu'il a une méningite cérébro-spinale et qu'on ne veut pas le reconnaître malade ». Il croit être atteint successivement de toutes les maladies épidémiques qui sévissent alors dans son régiment.

Mis en observation pendant quelques jours, il est placé ensuite à la compagnie hors rang.

Ayant achevé son service militaire, il revient chez lui, demeure quelque temps sans travailler et entre ensuite à la Compagnie des chemins de fer du Midi, comme homme d'équipe, après un petit examen.

Il travaille à Paris, puis à Saint-André-de-Cubzac, et enfin à Bordeaux.

Pendant quatre ans et demi, il travaille ainsi comme cheminot. « Il souffre, nous dit-il, vivant toujours isolé et replié » sur lui-même, trouvant ses camarades grossiers et incapables de le comprendre.

Persuadé qu'il n'est pas fait pour ce travail manuel, qu'il accomplit mal, il rêve d'être un inventeur, s'acharne à lire toutes sortes de livres qu'il ne comprend qu'à demi.

C'est ainsi qu'il fait de la chimie, des mathématiques, de la physique, retenant par-ci par-là des notions abstraites et vagues.

Il prend des permis de voyage sur les divers réseaux. Il va ainsi à Chamonix, où le spectacle de la montagne le remplit de tristesse. Il fait aussi de longues stations dans les musées de Paris. Il revient du Louvre découragé, disant à sa mère : « Dire qu'il y a tant de si belles choses et que je suis incapable de rien faire de bien. »

Il vit hanté par l'idée qu'il est inférieur à autrui.

Découragé, craintif, doutant de lui-même, déprimé et vaincu d'avance, il perd alors ce « sentiment de la puissance que tout homme reconnaît en lui et qu'il se croit susceptible d'exercer sur

les autres, sentiment où les tendances strictement individuelles se mêlent à des tendances sociales; sentiment, si l'on veut, de force personnelle, mais aussi d'expansion à travers la société » (Professeur Ch. Perrens).

A la perte de ce sentiment, si indispensable à la personnalité, G... joint des rêves d'inventions, des craintes, des phobies, des idées d'humilité, et bientôt des obsessions et de l'anxiété.

Son idée obsédante d'infériorité vis-à-vis de ses semblables devient de plus en plus douloureuse et G... commence à ressentir avec effroi des spasmes de l'estomac et de l'intestin, des sensations d'arrêt de cœur, de l'angoisse en un mot.

Que s'est-il passé durant ces quatre années dans la personne physique de G... ?

Au régiment, il voit apparaître près de sa cheville droite une petite excoriation qu'il attribue tout d'abord au port d'une chaussure défectueuse. Mais cette lésion évolue et devient inguérissable. Nous la voyons aujourd'hui en pleine évolution, dépassant les dimensions d'une pièce de 5 francs, véritable ulcération aux contours irréguliers, au fond sanieux, laissant sourdre un pus grisâtre qui souille le pansement. Le pourtour de cette ulcération n'a pas une teinte cuivrée, mais plutôt bleuâtre et d'aspect lisse. Cette lésion nous paraît être tuberculeuse.

Et nous savons qu'afin d'éliminer d'une façon sûre l'étiologie purement syphilitique, le malade a été envoyé à M. le Docteur R. David-Chaussé qui lui fit un traitement anti Σ très suivi où il employa tour à tour les arsenicaux, le bismuth et le mercure sans obtenir la cicatrisation de cette ulcération.

Ainsi, lorsque les premières crises d'angoisse apparurent chez G..., il était porteur, depuis quatre ans et demi, d'une lésion assurément tuberculeuse.

Ces crises d'angoisse se multiplient et son obsession devient constante. Il est obsédé par l'idée qu'il est anormal, qu'il est inférieur aux autres.

Il ressent alors le violent désir d'éprouver de la douleur.

De la douleur morale : il se complaît dans le chagrin qu'il grandit démesurément à propos du moindre mot blessant d'un de ses proches.

De la douleur physique : il tente plusieurs fois de se faire écraser la main entre deux tampons de wagon, de se faire broyer le pied sur un rail.

Bientôt une idée délirante prend naissance dans son obsession : G... se dit qu'il est un être inférieur parce qu'il lui manque un certain fluide que, d'après lui, tous les êtres possèdent.

Le voilà donc parti à la recherche de ce fluide qui l'obsède.

Il cherche vainement le produit chimique qui lui « donnera de l'idée » pour devenir un homme comme les autres, le « fluide » qui le rendra suffisamment fort.

Remplissant les fonctions de lampiste aux Chemins de fer du Midi, il se vide le pétrole des lampes sur la tête toutes les fois qu'il le peut, malgré les quolibets de ses camarades, qui lui trouvent des « manies dangereuses », disent-ils.

G... est examiné à ce moment-là par le médecin de la compagnie, dont l'opinion est que « G... n'est pas à sa place ».

On lui donne alors six mois de congé qu'il passe à la campagne et après lesquels il reprend son poste. Mais ses « manies » ne font que se multiplier et on doit le réformer immédiatement.

G... est alors âgé de 27 ans; il a actuellement 30 ans. Depuis plus de trois ans, il est donc en pleine démence.

Actuellement, ses angoisses semblent diminuer, mais ses manies sont des plus variées.

Appelé à l'Asile Château-Picon par M. le Professeur Perrens qui le soigne actuellement, G... se présente devant nous avec un faux-col sans cravate, mais il se sert de sa cravate en guise de bretelles. Il s'en excuse d'ailleurs; cependant, malgré les remontrances de sa mère, il persiste à agir ainsi dans l'espoir d'obtenir le « fluide » qu'il recherche. Il a mis son caleçon et sa chemise à l'envers, ses deux chaussettes ne sont pas semblables et sa mère a dû se fâcher pour obtenir qu'il ne chausse un soulier noir et l'autre jaune.

Il raconte volontiers l'histoire de sa maladie, mais il a un ralentissement assez marqué dans la pensée. Ses phrases sont imprécises et souvent inachevées; il cherche longuement ses mots.

Il n'est pas indifférent aux siens; depuis longtemps cependant, il n'embrasse plus sa mère; mais lorsque cette dernière est malade, il laisse voir un réel chagrin.

Il est devenu très irritable et entre dans de violentes colères lorsqu'on s'oppose à ses habitudes. Il a coutume de déchirer chez lui des morceaux d'étoffe et de papier. Il abîme tous ses vêtements et rassemble un tas d'objets hétéroclites, tels que des vieilles pointes rouillées, des épingles, des morceaux de bois qu'il ramasse également dans la rue lorsqu'il sort.

Il porte toujours dans la poche droite de sa veste du papier et un crayon, afin de noter, d'ailleurs sans sortir la main de sa poche, les numéros matricules des autos qu'il rencontre.

G... a conscience de son état et il demande à sa mère de le protéger et de ne pas le laisser sortir seul, car s'il n'ose approcher les femmes qui l'intimident trop, il se sent attiré par les petites filles, et de telles impulsions l'inquiètent : « Je ne suis pourtant pas un satyre », dit-il à sa mère avec des larmes dans les yeux.

Sa plus grande préoccupation est la recherche du « fluide » qui doit le rendre normal.

La main du coiffeur qui lui taille les cheveux doit lui donner du fluide, aussi change-t-il le plus souvent possible de coiffeur.

Il a acquis une grande habileté dans la façon dont il « récolte le fluide », dans la rue. Lorsqu'il voit devant lui une personne ou un groupe, il s'arrange pour frôler de l'épaule telle ou telle personne, dont il prend le « fluide » en passant.

G... n'est pas indifférent à son sort, il a conscience de sa maladie et il se lamente, désirant vivement guérir.

Son état physique est assez satisfaisant, son poids a augmenté durant ces dernières années, mais il se plaint de douleurs spontanées et provoquées au niveau des premières vertèbres dorsales; depuis quelque temps, il porte les épaules très hautes et très effacées et conserve une certaine raideur de la ceinture scapulaire.

Il éprouve encore le désir de souffrir : « Il me semble », nous dit-il, « que si j'éprouvais une grande douleur ou une très forte émotion, je guérirais »; et il caresse le désir d'émotions fortes. Il veut monter en avion, risquer des dangers. Son désir de guérir le pousse à visiter un grand nombre de médecins et aussi de guérisseurs.

Il a essayé les méthodes les plus variées.

La méthode du professeur Coué ne lui ayant donné aucun résultat, nous le voyons maintenant exécuter la méthode Kül.

Plusieurs fois par jour, G..., aidé par sa mère, place dans un grand bain de siège un escabeau de bois sur lequel il s'assied.

Là, ses organes génitaux baignent dans l'eau froide, il se frotte énergiquement pendant des heures le fourreau de la verge.

Il accomplit ces rites (dont il trouve d'exactes prescriptions dans un manuel qu'il a spécialement fait venir d'Allemagne où cette méthode a pris jour) avec une si rigoureuse exactitude qu'il était porteur, ces temps derniers, d'une véritable plaie de la verge trop fréquemment traumatisée.

Telle est l'histoire de la maladie de G...

En l'examinant dans son ensemble, nous pouvons la résumer ainsi :

Ce fils naturel, chargé d'une lourde hérédité, fils de syphilitique et de tuberculeux, tuberculeux lui-même, révèle, dès son jeune âge, une constitution de scrupulo-inquiet.

Enfant déjà un peu anormal, trop sensible, trop intelligent, pourrait-on dire.

Adolescent rêveur, toujours isolé, dont la sensibilité innée est encore accrue par une éducation exclusivement donnée par une mère et une grand'mère, sensibilité prompte à s'orienter vers le beau, mais aussi vers l'irréel et le vague.

Au fur et à mesure que G... prend de l'âge, nous voyons se développer chez lui, concomitamment, deux séries de symptômes différents :

D'une part, les signes psychasthéniques : des scrupules, des doutes, des anxiétés, des obsessions, de l'angoisse, de l'aboulie;

D'autre part, des signes plus graves se greffant sur les premiers : des bizarreries, de l'autisme, des idées délirantes, des impulsions, de l'irritabilité, des signes démentiels.

Aussi actuellement G... présente-t-il un état pathologique en apparence paradoxal.

C'est un dément précoce qui délire, recherchant le « fluide », rassemblant les vieux clous qu'il ramasse sur la voie publique avec des gestes stéréotypés, déchirant ses vêtements, accumulant

dans son habillement toutes les extravagances; sujet à des impulsions et des colères violentes ou figé dans son autisme et ses rêves métaphysiques, incapable de s'occuper utilement, présentant en outre un ralentissement très net des opérations intellectuelles.

Mais ce même dément nous raconte lui-même toute l'histoire de sa maladie. Il a parfaitement conscience de son trouble mental. Il se lamente d'être ainsi anormal. Il a peur de ses propres impulsions. Il désire guérir et supplie les médecins de l'y aider. Il fait effort pour redevenir un être social, utile et sensé. Il est sensible aux reproches comme aux encouragements.

Il demeure sujet à l'anxiété et aux crises d'angoisse.

Il y a donc en lui une double personnalité :

d'une part, un psychasthénique;

d'autre part, un dément précoce.

La coexistence et le chevauchement des deux sortes de signes pathologiques de ces deux personnalités sont tout à fait remarquables chez ce malade.

La possibilité de souffrance qui lui reste, et dont témoignent ses obsessions et ses angoisses, lui donne le pouvoir de s'analyser encore malgré la marche croissante de ses signes démentiels.

Et serait-ce vraiment employer des termes contradictoires que de définir l'état actuel de G... de la façon suivante :

C'est un dément précoce conscient de sa démence et qui souffre de se sentir dément.

C'est ainsi que G... a demandé à entrer à l'Asile de Cadillac dans l'espoir d'y être soigné activement.

Nous pensons que la persistance de ces obsessions constitue dans sa maladie un élément favorable atténuant la sévérité du pronostic.

Peut-être G... bénéficierait-il grandement d'un traitement énergétique à l'huile soufrée qui lui permettrait, par ses éléments puissamment reconstituants et à la faveur du choc et des températures élevées qu'il provoque, de retrouver son équilibre affectif et mental.

OBSERVATION IX.

Mlle L... est une jeune fille âgée de 17 ans, exerçant la profession de sténo-dactylographe.

Elle est entrée à l'Asile de Breuty-La-Couroënne le 21 novembre 1932 pour troubles mentaux.

Nous avons pu recueillir quelques renseignements précis concernant l'hérédité familiale de L...

Son grand-père paternel, âgé de 73 ans, est bien portant.

Sa grand'mère paternelle est décédée il y a neuf mois à l'âge de 70 ans, d'une tumeur du foie.

Du côté maternel, nous notons un grand-père mort à 55 ans d'un cancer de la gorge, une grand'mère décédée à 48 ans d'une maladie non diagnostiquée. L... a eu, en outre, une de ses tantes — côté paternel — internée à l'âge de 17 ans à l'Asile de Breuty pour un séjour de dix années.

De plus, le père de L... est un alcoolique avéré.

Personnellement, L... a un passé maladif assez chargé.

Elle n'a jamais été normale, nous dit sa mère. Enfant, elle était sauvage, aimait à s'isoler. Ces tentatives pour vivre seule n'ont fait que s'accroître avec l'âge. Tout enfant, elle se montrait déjà fréquemment très déprimée et triste ou, à d'autres moments, excessivement exubérante.

L... est fille unique. Elle est née à terme, mais à la suite d'un accouchement très difficile aux forceps et dont elle porte une légère déformation frontale.

A l'âge de 4 ans 1/2, L... eut une entérite grave, un choléra infantile.

A 12 ans, elle est réglée normalement, mais alors qu'elle est en pleine formation, elle fait une coqueluche compliquée de broncho-pneumonie double. Depuis, L... a des bronchites très fréquentes.

A 15 ans, elle se plaint de souffrir de la fosse iliaque droite, et on l'opère de l'appendicite. Depuis cette époque, L... se montre de plus en plus fatiguée et lasse.

Pendant deux ans, jusqu'au 15 mai 1932, elle travaille comme sténo-dactylo chez un notaire de Cognac.

Elle s'acquitte fort bien de son travail, mais le soir, lorsqu'elle rentre chez elle, elle se montre tantôt excessivement bavarde et gaie, tantôt découragée et triste.

Elle se plaint très souvent de violentes céphalées et d'impressions de « cerveau vide ».

De plus en plus elle devient rêveuse, demeurant de longues heures immobile. Elle lit toutes sortes de livres et plus particulièrement des livres de médecine et des romans divers.

Elle s'analyse beaucoup, parle sans cesse de ses états d'âme et des troubles qu'elle dit ressentir.

« La moindre des choses est pour moi une véritable obsession », dit-elle alors. « Plus va, plus j'ai un grand brouillard dans le cerveau qui m'empêche de comprendre, d'expliquer les choses; je les explique faussement en croyant dire bien. »

L... apparaît aux siens de plus en plus nerveuse et irritable. Les longues heures d'immobilité et d'asthénie sont entrecoupées par de violentes crises de nervosité.

Ces colères se répètent presque chaque jour et L..., qui se montrait si affectueuse pour sa mère, devient à ce point irritable qu'elle se laisse aller à la frapper.

La nuit, elle se plaint de l'envahissement de son cerveau par des idées étranges et vagues, des chansons, des poésies. Elle se réveille parfois en sursaut, sans parvenir à s'orienter et demande aux siens où elle est.

Elle se montre indécise, décrit aux siens d'étranges impressions qu'elle ressent, se plaint de contractions d'estomac, de palpitations de cœur, elle éprouve des craintes à tout propos.

Elle est douloureusement angoissée, émotive et irritable.

Elle prend l'habitude d'aller au cimetière tous les dimanches, se complaît dans ce lieu, réclame quotidiennement la mort, disant que « c'est le seul moyen de la délivrer de sa perpétuelle et intolérable souffrance ».

L... doit alors quitter son travail. Elle est triste et inerte; mais si les siens la contrarient, elle a de véritables crises nerveuses;

elle crie, elle pleure, elle se roule par terre et demeure comme évanouie, mais ne perd pas connaissance et se souvient parfaitement des réflexions faites autour d'elle pendant sa crise.

Sur les instances de la famille, la malade entre à l'Asile de Breuty avec un certificat d'un médecin de Cognac qui a longtemps soigné L...

Ce certificat médical porte la mention suivante :

« L... est atteinte de troubles mentaux à type psychasthénique (émotivité, phobies, manies, obsessions, ruminations mentales, crises anxieuses, impulsions au suicide, etc.).

» (Signé) Dr. Dutour. »

A l'Asile, L... fait un état d'agitation de quelques jours. Elle a de violentes crises d'anxiété, mais son sentiment d'étrangeté augmente chaque jour.

La malade est consciente de son état, elle le décrit alors dans un volumineux mémoire que nous avons en mains.

Après une assez longue période d'observation et après avoir lu le mémoire de la malade, le Docteur R. Anglade écrit à son sujet :

« Syndrome mental caractérisé par de l'asthénie psychique et psycho-motrice avec manifestation d'automatisme psychique, ruminations mentales, créant un sentiment pénible d'étrangeté, d'incomplétude, une inertie considérable.

» Consciente de son état, cette malade explique qu'elle n'est point maîtresse de ses pensées, qu'elle a parfois l'impression d'être dirigée par une force étrangère qui lui impose ses attitudes, etc.

» Ces troubles mentaux s'accompagnent d'un état général déficient, de troubles trophiques légers.

» Le fond mental n'est ni déchu, ni dissocié. »

Nous ne pouvons songer à transcrire ici dans leur ensemble les 100 pages de cahier dans lesquelles L... a décrit tous ses troubles, mais nous en citerons quelques passages, qui révèlent la coexistence chez L... de symptômes psychasthéniques et de symptômes de démence précoce.

« Quand j'étais toute petite, écrit L..., j'ai toujours été excitée

à l'extrême pour tout ce qui me faisait plaisir : manger, lire, m'amuser, aller au cinéma, voir des fleurs, chanter; j'ai toujours eu une très grande imagination; je lisais beaucoup et je ne pouvais plus m'en sortir.

» A l'école, j'ai toujours eu une difficulté pour apprendre quelque chose, j'étais toujours dans les nuages. Je retenais quelque chose qui n'exigeait pas d'effort : la rédaction, l'orthographe, qui venaient toutes seules tellement je m'abrutissais à lire. J'ai toujours été très enthousiaste pour tout, pour des choses insignifiantes... »

Ce que L... écrit là correspond parfaitement aux renseignements fournis par ses proches. L... se montre dès l'enfance une petite fille sensible, affectueuse, gaie et curieuse, ou imaginative et rêveuse, ayant de la difficulté à fixer son attention.

Plus loin, L... écrit encore : « Je simplifie tout en croyant à cette simplification et sachant que ce n'est pas vrai, parce que je sais mon cerveau faux, diminué, — c'est difficile à expliquer, — je pense à quelque chose, mais jamais à fond, je vois tout superficiellement..

» Il me semble que je me vois vivre, je pense comme si c'était une autre, je suis forcée d'être autrement que moi-même.

» Je ne peux pas penser ce que je veux, c'est une chose que je ne saisis pas; je pense à quelque chose comme en me moquant de moi; je suis forcée de dire et de faire des choses que je ne veux pas faire. Par exemple, je dis : ça c'est bien, ou ça n'est pas bien, et c'est exactement le contraire dans la réalité; je me rends parfaitement compte des erreurs que je fais. »

Ainsi, de même que H... voyait d'abord surgir à sa pensée le contraire de ce qu'elle voulait dire ou faire, de même L... s'étonne de dire le contraire de ce qu'elle voulait dire.

Cet autre psychasthénique nous dit : « Quelle est donc cette « opposition » dont je ne puis me débarrasser et qui m'empêche de parler et d'agir? »

« On me tient ma pensée », disait un autre.

Mais plus graves encore semblent être ces impressions de dédoublement de la personnalité et ces sentiments d'étrangeté que L... décrit plus loin :

« Mon cerveau est complètement pétrifié, paralysé, comme du mortier, insensible. On dirait qu'il est en plâtre. Rien ne me touche plus. Je ne peux plus pleurer, avoir aucune nuance de sentiments, avoir peur, aimer quelqu'un, garder de la rancune à quelqu'un, avoir du chagrin. Il y a très longtemps que je sentais qu'aussitôt après avoir pleuré ou crié, m'être mise en colère, le cerveau se pétrifiait brusquement, tout s'arrêtait, j'oubliais tout, le cerveau changeait d'état brusquement, il me venait un grand contentement.

» J'ai toujours envie de frapper sur quelque chose, de serrer quelque chose.

» J'ai comme un grand sentiment d'impuissance, je voudrais comprendre quelque chose, penser, dire quelque chose, pleurer, et je suis forcée de ne pas pouvoir comprendre à fond.

» Quand je vois la figure et les yeux de quelqu'un près de moi ou que je vois une figure sur un journal, l'expression des yeux me fait peur. »

Voilà donc quelques citations du mémoire de L... Mais ce manuscrit constitue lui-même une véritable incohérence.

Avec une écriture fine et monotone, à courts jambages, renversée en arrière, L... a commencé sa narration à la première ligne de la première page.

Pas un retour à la ligne, pas une tête de chapitre, et cela pendant plus de 100 pages.

On relève cinq ou six idées au plus, toujours les mêmes, dans lesquelles il nous semble reconnaître les obsessions anciennes de L...

Ces quelques idées, toujours identiques et identiquement exprimées, revenant automatiquement toutes les trois ou quatre lignes, constituent de véritables stéréotypies.

Une phrase comme celle-ci : « Mon cerveau est comme pétrifié » revient jusqu'à cinq fois dans une page de la rédaction de L...

Si ce manuscrit nous renseigne peu sur l'état effectif de L..., du moins rend-il aussi fidèlement que le langage la monotonie de la pensée, son automatisme, ses intermittences et ses arrêts.

Ainsi, comme nous le voyons à la faveur de ces observations, cette « douleur morale » dont nous avons parlé dès le début de notre travail et dont les variations sont sous l'influence de causes purement émotives ou de modifications de l'état général; cette « douleur morale » sous forme d'angoisse ou d'anxiété pure, ou sous forme de phobies et d'obsessions, nous voyons qu'elle est susceptible de s'atténuer progressivement en même temps que fléchit le tonus affectif des malades, que diminue l'intérêt qu'ils portaient aux différentes manifestations de la vie normale et à leurs propres troubles.

Voilà qui est grave.

Leur angoisse leur donnait au demeurant, bien que beaucoup l'aient niée, la notion de leur personnalité. Leur angoisse leur était encore un intérêt, et puissant.

A travers toutes sortes de combinaisons psychologiques, où le symbolisme jouait un rôle particulièrement important, ces impressions douloureuses qui s'attachaient à leurs phobies et à leurs obsessions leur étaient encore le meilleur signe qu'ils réagissaient contre leur mal profond.

Mais tout cela disparaît. Que reste-t-il d'eux-mêmes?

Rien ou presque. Quelques formules, quelques symboles périmés qui persistent dans leur esprit à titre d'habitudes purement intellectuelles et qui deviennent autant de stéréotypes.

Des attitudes ou des gestes par lesquels ils se défendaient autrefois contre les obsessions, mais qui, dépouillés maintenant de leur vrai caractère de protection, révèlent un automatisme sans contrôle et forment de nouvelles stéréotypes.

En cessant de souffrir, ils sont devenus de purs automates, en obtenant cette « ataraxie » que les philosophes anciens qualifiaient à tort de « bienheureuse ».

Ceux-là qui luttèrent ont définitivement abdiqué et signé leur déchéance.

CONCLUSIONS

I. — Si l'on prend le mot « psychasthénie » dans le sens que lui ont donné les beaux travaux de P. Janet, on convient que les troubles désignés par cette expression comportent deux éléments essentiels :

- 1° de l'asthénie généralisée, en relation avec les causes infectieuses, le plus souvent, nous n'osons pas dire toujours, tuberculeuses;
- 2° une sensibilité extraordinairement vive, datant de l'enfance, orientée ordinairement vers la douleur morale plutôt que vers la joie, susceptible d'ailleurs de toutes sortes de variations.

Les différents modes de cette sensibilité, qu'il ne faut confondre ni avec la sensibilité normale, ni avec celle des malades qui possèdent ce que Dupré a appelé « la constitution émotive », aident à la formation d'une infinité de symptômes psychasthéniques, et cela d'autant plus facilement que les psychasthéniques vrais ont généralement une intelligence aiguïlée et subtile. La richesse du symbolisme dont ils font si volontiers l'emploi est due à l'action de ces deux facteurs : affectif et intellectuel.

Le facteur affectif est le plus important.

C'est celui qui témoigne pour le malade et pour nous de sa résistance à des conceptions, à des craintes, que, dans le fond, il juge au moins étranges, sans parvenir à s'en assurer complètement.

C'est lui qui, parmi les diversités des phénomènes éprou-

vés, donne au malade par la douleur toujours facile à reconnaître qu'il lui impose le sentiment de son unité.

II. — Mais il se fait que des notions étiologiques tout à fait comparables se retrouvent à l'occasion de la démence précoce.

Ici encore infection et tuberculose jouent un rôle capital.

Et on serait tenté d'invoquer une étiologie souvent commune pour expliquer certains symptômes analogues que la clinique nous révèle dans les deux affections : sentiment de dépersonnalisation, d'étrangeté, tendance à l'automatisme idéo-moteur, etc., et surtout, et nous avons voulu insister sur ce point, quelque paradoxal que cela puisse paraître : indifférence plus ou moins complète du psychasthénique vis-à-vis des objets étrangers à son obsession, indifférence qui, dans le moment où il souffre le plus, le rapproche du dément précoce.

S'il est vrai que le psychasthénique excelle à résumer et à exposer les troubles qu'il ressent, il n'a ni la force, ni le désir de constituer ces « synthèses » vigoureuses du réel, qu'accomplit journellement l'homme normal, en quoi il ressemble au dément précoce.

III. — Et cela est tellement vrai qu'à partir du moment où sa douleur morale diminue et ne l'oblige plus, par conséquent, à des efforts partiels d'analyse et d'explication, cette indifférence pour les autres formes du réel, qui est en germe dans les obsessions les plus bénignes et qui prend d'inquiétantes proportions dans les obsessions plus graves, cette indifférence va pouvoir s'étaler davantage et gagner aussi en profondeur.

Sans qu'il s'en aperçoive, l'automatisme de sa pensée sera soumis à des contrôles de moins en moins efficaces. Les stéréotypies vont apparaître et aussi les idées délirantes, contre lesquelles il n'élève plus la moindre protestation critique ou affective. L'évolution des symptômes montre alors que « la

psychasthénie » n'était dans ce cas qu'un syndrome marquant le début d'une psychose vraie : la démence précoce.

IV. — Si nous n'avons pas envisagé toutes les questions que peut soulever notre titre « psychasthénie et démence précoce », nous nous sommes efforcé du moins de mettre en relief — par le résumé de nos lectures et par des observations personnelles longuement méditées — les ressemblances et les différences qui existent entre les deux affections.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

Le Président,
J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 16 juin 1933.

Le Recteur de l'Académie.

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (X.) et (P.). et COULEON (H.). — Recherches biologiques dans la démence précoce. *Ann. psychol.*, oct. 1932.
- BALL. — De la folie chez les phtisiques. Leçons sur les maladies mentales, Paris, Asselin, 1880-1883, p. 541.
- BALLET (Gilbert). — Traité de pathologie mentale, Paris, Douin, 1903.
- BARUK, BIDERMAN et ALBANE. — Tuberculose et démence précoce. Recherches expérimentales. Epilepsie. Catatonie expérimentale et ulcération locale (phénomène de Koch) après injection à des cobayes allergiques de liquide céphalo-rachidien de déments précoces. *Ann. méd.-psychol.*, nov. 1932.
- Tuberculose et démence précoce. Les réactions allergiques chez les déments précoces. *Ann. méd. psychol.*, oct. 1932.
- BENON. — Obsédance et obsessions-phobies. *Gazette du Sud-Ouest*, 1^{er} mars 1933.
- CLAUDE (H.). — Maladies du système nerveux, Paris, 1932, Bailière et fils, t. II, p. 908.
- Démence précoce et schizophrénie. Congrès des médecins aliénistes de Lausanne, août 1926.
- CLAUDE et BARUK. — Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les phases prémonitoires de la tuberculose. *Paris médical*, 27 déc. 1930.
- COURBON. — Discussion du rapport de psychiatrie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, Limoges, 1932.

- DELMAS. — Des constitutions en psychopathologie. Congrès de Limoges, 1932.
- DELPRAT (G.). — La délinquance chez les tuberculeux. Thèse de doctorat, Bordeaux, 1924.
- DUMAS (G.). — Le choc émotionnel. Réactions glandulaires et musculaires. *Journ. de psychol.*, 15 févr. 1928, p. 130.
- DUPRÉ (E.). — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, Payot, 1925, p. 246 et 284.
- FREUD. — Essais de psychanalyse, 1929.
- HESNARD. — La vie et la mort des instincts.
— Les psychoses et les frontières de la folie.
— Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie.
Thèse Bordeaux, 1909.
- HOLLANDER (D') et RONVRAY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? *Paris médical*, 27 déc. 1930.
- JANET (P.). — De l'angoisse à l'extase, 1928.
— Automatisme psychologique, Paris, Alcan, 1889.
— Etat mental des hystériques, 1892.
— L'obsession de la honte du corps.
— Les obsessions et la psychasthénie, Paris, Alcan, 1903.
— Les névroses, 1909.
- JANET (P.) et RAYMOND. — Névroses et idées fixes, 1928.
- KRETSCHMER. — Psychasthénie et schizophrénie, 1921.
- LANGE. — Les émotions, trad. G. Dumas, Paris, Alcan, 1896.
- LASSALLE (Pierre). — Essais de classification des troubles de la personnalité dans les maladies mentales. Bordeaux, thèse de doctorat, 1930, p. 22.
- MINKOWSKI. — La notion de perte de contact avec la réalité et ses applications en psychopathologie. Thèse de Paris, 1926.
- PAGNIEZ. — Tuberculose et démence précoce. *La Presse médicale*, 29 mars 1933.
- PASCAL. — La démence précoce, Alcan, 1911, p. 13.
- PASCAL et DESCHAMPS. — Psychose de sensibilisation. Allergie mentale. *Ann. méd.-psychol.*, mai 1931-juin 1931.
- PERRENS (Ch.). — Aboulie et démence précoce, 1912. Remarques sur la constitution et la conservation des délires. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 févr. 1924.

- PUCA. — Sur la mise en évidence de granules acido-résistants et de bacilles dans les organes de cobaye inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de déments précoces. *Soc. de biol.*, 15 oct. 1932.
- RÉGIS. — Manuel de psychiatrie.
- RÉGIS et HESNARD. — La psychanalyse des névroses et des psychoses, 1914.
- SCHNEIDEWIG. — Le psoriasis considéré comme une tuberculide et sa guérison par l'antigène méthylique. *Action medico*, n° 3, 24 oct. 1931.
- SOUKHANOFF. — La cyclothymie et la psychasthénie et leurs rapports avec la neurasthénie. *Ann. méd.-psychol.* de 1909.
- SOLLIER. — Le mécanisme des émotions, Paris, Alcan, 1905.
- TARGOWLA. — Tuberculose et troubles mentaux. *La Presse médicale*, févr. 1932.
- TOULOUSE, VALTIS, SCHIFF et VAN DEINSE. — Virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce. *Soc. de biol.*, 18 avril 1931.
- Ultra-virus tuberculeux et démence précoce. *Ann. méd.-psychol.*, nov. 1932, p. 474.
- WEIR MITCHELL. — Décharges émotives.

